

NOUVEAU
ANNALLES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCC

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME

L. JULLIEN, H. LÉJOIR, L. LÉPILÉUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAE, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,

J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VII

N° 2. — Février 1896

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

MDCCCXCVI

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

**Maladies
DES
VOIES URINAIRES**

CAPSULES
DE
SANTAL BRETONNEAU

**CYSTITES
DECOMP.^{tes} AMMON.**

Ces Capsules contiennent 0.40 d'Essence de Santal authentique et pure. — Elles méritent toute la confiance des médecins par leur efficacité certaine et l'absence de tout inconvénient. Elles ne donnent jamais ni diarrhée ni maux d'estomac. C'est avec ces Capsules qu'ont été faits les premiers essais d'application du Santal par les Drs PANAS, DOLBEAU.

Société de Chirurgie, 20 Septembre 1886.

Pharmacie CADET-GASSICOURT, 6, Rue Marengo, PARIS.

SAVONS MÉDICINAUX de A. MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la deux.

SAVON Pheniqué.... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Boraté.... à 10% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Thymol... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON à l'Ichthyol à 10% de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Borique.... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Salol.... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Sublimé à 1% ou 10% de A. MOLLARD 18⁵ ou 24⁵
SAVON Iodé (KI — 10 %) de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Sulfureux typique de A. MOLLARD 12⁵ ou 24⁵
SAVON au Goudron de Norwège de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Glycérine..... de A. MOLLARD 12⁵

ILS SE VENDENT EN BOÎTE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINES AVEC
 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure

ASO 2 HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'Étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob.

LE SACCHAROLÉ de QUINQUINA VIGIER

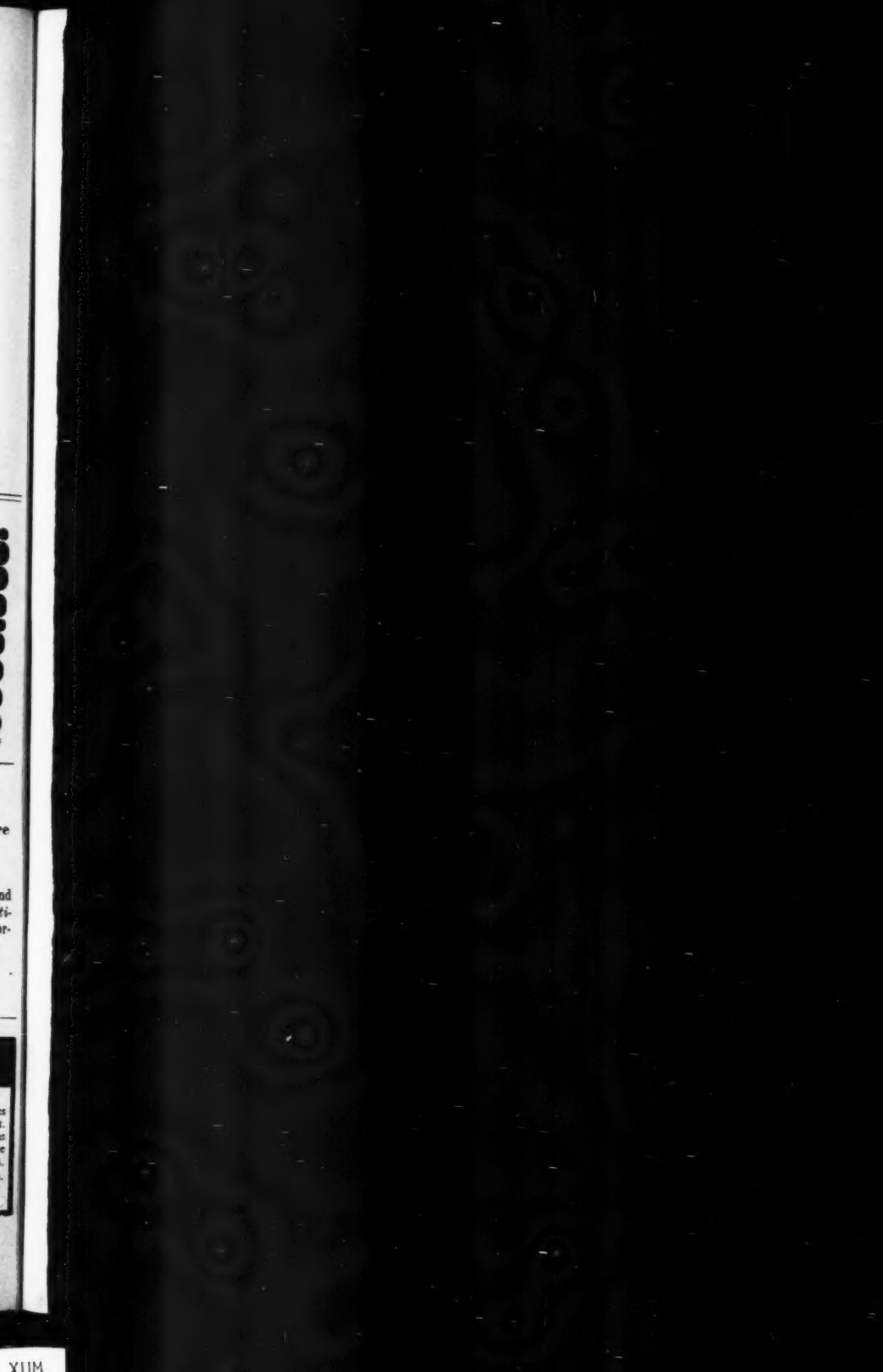
TONIQUE — RECONSTITUANT — FEBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloïdiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'extrait de Quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 20 grammes d'Extrait : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE :** Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
VIGIER, Phcie CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS



...

re

nd
ri-
ur-

...

u
si
n
co
q

n
ti
ap
co

al
le
le
fe
d
do
on
p
ne
ti
p
co

ne
te
in

d
m
si

li

TRAVAUX ORIGINAUX

DES NÉVRODERMIES PARASITOPHOBiques

Par **L. Perrin** (de Marseille).

Si, dans un grand nombre de dermatoses, le système nerveux joue un rôle plus ou moins bien déterminé, dans les affections dites névrosiques de la peau [névroses de la sensibilité, dermatoneuroses (Leloir), névrodermies (Brocq) (1)], son influence est incontestable et tient sans contredit la première place dans la pathogénie des troubles psychiques et des sensations subjectives que les malades accusent.

L'origine, le point de départ, la cause première des dermatoses névrosiques prurigineuses résident dans une sorte d'état morbide particulier du système nerveux. Tous les malades qui en sont atteints appartiennent à une même classe, celle des névropathes, et pour certains d'entre eux à celle des dégénérés.

Chez leurs ascendants, on rencontre des états névropathiques variés allant depuis la névropathie vague ou qualifiée, la goutte, le diabète, la neurasthénie, l'hystérie, jusqu'à l'épilepsie et aux vésanies. Chez les malades eux-mêmes, on constate des signes de nervosisme manifestes, consistant dans l'irritabilité et l'impressionnabilité du caractère, dans la fréquence des névralgies, des palpitations, des phénomènes de dyspepsie atonique. Ce sont le plus souvent des individus bizarres, originaux, mal équilibrés, sans volonté ferme ; des craintifs, des pusillanimes, présentant une augmentation morbide de l'excitabilité nerveuse et une diminution de la faculté de contrôle et de coordination. On peut observer chez ces malades la série plus ou moins complète des stigmates psychiques, sensoriels, sensitifs ou moteurs qui caractérisent la neurasthénie, l'hystérie, l'hypochondrie.

C'est chez ces individus que se développent ordinairement les névroses cutanées, si une cause occasionnelle vient à agir sur un terrain ainsi préparé par l'hérédité névropathique directe ou indirecte.

Le plus souvent, la dermatose est secondaire à une affection cutanée déterminée, telle que la gale, la phthiriasse, qui met en jeu ou augmente la nervosité du sujet. Dans des cas plus rares, c'est le nervosisme, c'est un état mental particulier qui donne naissance à la

(1) L. BROCC. Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens. *Ann. de dermat. et de syphilig.*, 1892, p. 1100.

dermatose; celle-ci survient sans cause connue, sans avoir été précédée d'infection parasitaire.

Le premier groupe de faits comprend les *névrodermies parasitophobiques secondaires*, qui s'observent chez des névropathes, chez des émotifs, comme on en rencontre des milliers à notre époque. Le second groupe constitue les *névrodermies parasitophobiques primitives*; la dermatose n'est alors que la manifestation d'un délire hypochondriaque, d'une obsession de dégénéré.

Nous étudierons dans ce travail ces deux espèces de névrodermies, en insistant principalement sur les parasitophobies primitives : elles se rencontrent, en effet, assez rarement et elles présentent tant au point de vue de la symptomatologie que de la pathogénie et du pronostic des considérations intéressantes.

NÉVRODERMIES PARASITOPHOBQUES SECONDAIRES

Les parasitophobies secondaires à une invasion réelle de parasites sont très fréquentes et bien connues; elles s'observent surtout chez les malades qui ont eu la gale ou des poux. Notre excellent ami, le Dr Thibierge (1) a décrit quelques types d'acarophobes dans une leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, alors qu'il remplaçait notre maître, M. E. Besnier. Il les divise en deux catégories : les uns ont été atteints antérieurement de la gale et croient que cette affection persiste toujours chez eux ou a récidivé; les autres ne la connaissent que de réputation ou pour l'avoir vue se développer chez quelqu'un de leur entourage. Les premiers sont les plus terribles pour le médecin, chez lequel ils reviennent pendant des mois, se plaignant d'avoir toujours les mêmes démangeaisons.

Ces diverses variétés d'acarophobie ou de crainte morbide d'une affection parasitaire quelconque doivent être étudiées avec soin, car, suivant leurs degrés, elles témoignent d'une atteinte plus ou moins profonde des facultés intellectuelles.

Chez les sujets qui ont véritablement ou ont eu une affection parasitaire, l'état d'inquiétude de leur esprit n'est que l'exagération des craintes bien naturelles que leur inspire une maladie qu'ils ont ou croient encore avoir, maladie compromettante, contagieuse, considérée dans le public comme ne survenant que chez les gens peu soigneux d'eux-mêmes, malpropres. Il ne s'agit pas dans ces cas de véritable phobie, mais de pseudo-phobie. Les malades ont, en effet, des raisons de s'inquiéter de leur état, mais ils s'inquiètent outre mesure : ils voient trop en noir des choses qui existent réellement, et ils les interprètent dans un sens pessimiste. Ce sont des peureux,

(1) G. THIBIERGE. *Rev. gén. de cliniq. et de thérapeutique*, n° 32, p. 373, 1894.

des
pres
soci
don
inap
leur
dria
mal

L
sans
irrél
d'un
syno
mal
mon

L
aux
(Ch
auss
un s
lui i
titu
chez
surt
han
infe
para

L
qu'e
elles
sym
min
à p
trou
cau
inte

(1)
F. A
(2)
(3)
p. 10

des pusillanimes, ne conservant pas l'intégrité de leur jugement en présence d'une maladie qui leur cause des ennuis dans leurs relations sociales, les épouvante et les fait souffrir. L'affection parasitaire dont ils sont atteints ou dont ils ne se croient pas guéris, passerait inaperçue chez tout autre individu, mais chez eux, elle augmente leur nervosité naturelle, peut les rendre neurasthéniques, hypochondriaques et les empêche d'évaluer sainement la portée de leur maladie. Ce ne sont assurément que des pseudo-phobiques.

La phobie véritable est tout autre. C'est une crainte déraisonnable, sans objet, dont le malade a conscience ; c'est une terreur subite, irrésistible, provoquée toujours par les mêmes causes, s'accompagnant d'une sensation d'angoisse, de malaise qui peut aller jusqu'à la syncope. On a vu près de défaillir des phobiques qu'on voulait, malgré leur phobie forcer, par exemple, à toucher des pièces de monnaie ou le métal dont le contact les effrayait (1).

Les acarophobes et phthiriasiphobes peuvent être comparés aux spermatorrhéiques, aux blennorrhéiques, aux syphiliphobes (Chambard) (2). La syphiliphobie comme l'acarophobie comporte aussi un certain nombre de degrés. Tandis qu'elle ne peut être chez un syphilitique que l'exagération de craintes bien légitimes que doit lui inspirer la maladie parfois si grave dont il est atteint, elle constitue un véritable délire hypochondriaque lorsqu'elle se rencontre chez des individus exempts de tout accident spécifique actuel et surtout indemnes de toute infection antérieure. Si au lieu d'être hantés par l'idée fixe de syphilis, ces derniers le sont par celle d'une infection parasitaire, ils rentrent dans le groupe des névrodermies parasitophobiques primitives.

NÉVRODERMIES PARASITOPHOBQUES PRIMITIVES

Les névroses prurigineuses de la peau sont dites primitives lorsqu'elles surviennent sans avoir été précédées d'affection parasitaire ; elles s'observent chez des individus non seulement indemnes de tout symptôme d'infection, mais encore qui redoutent d'avoir été contaminés. Chez ces sujets, comme le fait remarquer M. A. Mathieu (3), à propos des phobies dans son ouvrage sur la neurasthénie, on peut trouver tous les degrés entre la peur raisonnable proportionnée à sa cause logique, physiologique et la véritable phobie. Tous les degrés intermédiaires se rencontrent ici, comme se rencontrent d'autre part

(1) MORREL. *Les phobies. Essai sur la psychologie pathologique de la peur*. Paris, F. Alcan.

(2) CHAMBARD. *Ann. médico-psychol.*, 1886, 7^e série, t. IV, p. 198.

(3) A. MATHIEU. *Neurasthénie. Bibliothèque médicale Charcot-Debove*, 1892, p. 163 et suivantes.

tous les degrés entre la raison et la folie. Suivant leur intensité et leur durée, les phobies peuvent être un signe de neurasthénie ou un stigmate de dégénérescence.

Les trois faits que nous avons observés, rentrent dans cette dernière catégorie ; les troubles de sensibilité éprouvés par les malades du côté des téguments, n'étaient que la manifestation d'un délire hypochondriaque, d'une obsession de dégénéré.

Ons. I. — M^{me} X..., âgée de 52 ans, habitant un département voisin de celui des Bouches-du-Rhône, vient nous consulter le 5 octobre 1894. Elle nous raconte que depuis vingt-deux mois elle éprouve sur tout le corps, sous les ongles, au niveau de l'anus et de la vulve des démangeaisons, des picotements dus à des poux qui lui ont été donnés par des gens venant de Buenos-Ayres. Elle croit qu'elle ne pourra jamais guérir, car, en France, on ne connaît pas le traitement de cette maladie parasitaire d'origine américaine.

M^{me} X... est une femme très robuste, d'une bonne santé habituelle, très active et très impressionnable. Mariée, elle n'a eu qu'un fils qui a aujourd'hui une trentaine d'années. Elle a toujours été bien réglée jusqu'à il y a quatre ans, époque à laquelle la ménopause s'est établie facilement. Son mari est vivant et bien portant ; jamais elle n'a eu d'ennuis, de chagrins dans son ménage.

Quant aux antécédents héréditaires, il nous est impossible d'avoir quelques renseignements précis. La malade d'ailleurs, d'une loquacité extrême, ne parle que d'elle et de l'affection dont elle souffre depuis vingt-deux mois.

Elle nous raconte qu'à la fin de l'année 1892, elle a loué dans la petite maison qu'elle habitait, un petit appartement à un ménage ouvrier arrivant de Buenos-Ayres. Au bout de quelques jours, ces locataires viennent se plaindre à elle que pendant la nuit « ils ont senti des bêtes passer sur leur figure », et lui demandent si les locataires précédents n'avaient pas de punaises. La chambre est nettoyée et reblanchie ; à partir de ce moment ils ne se plaignent plus d'être incommodés par des parasites. Mais quelques semaines après, M^{me} X... raconte à sa locataire qu'elle a prise auprès d'elle comme femme de ménage, que, elle aussi a senti, pendant la nuit, des piqures sur la figure ; elle la questionne à ce propos sur les maladies parasitaires des pays chauds. A partir de ce moment, M^{me} X... éprouve nuit et jour des démangeaisons, des picotements ; elle se gratte et est persuadée que, contaminée par sa femme de ménage, elle a maintenant des parasites. En se grattant, elle ramène des produits épidermiques, des filaments, elle recueille sous les ongles de la crasse sous-unguéale, etc., et examinant ces divers débris, elle trouve que ce sont des espèces de vers. Pour la détromper, son fils lui achète un compte-fil afin qu'elle puisse voir qu'il ne s'agit nullement de parasites. Le résultat fut tout autre ; armée de son compte-fil, elle passe son temps à examiner les produits de grattage. Pour que cet examen soit plus facile et pour montrer les animalcules dont elle est couverte, elle les place entre deux lames de verre

qu'e
par
vers
ong
elle
tant
sen
étal
com
L
le c
exte
que
l'exa
lésio
intac

M
que
à do
beso

P
pays
Ayre
sien
a se
fils

Ap
est a
le D
pelli
Elle
on d

On
nos
poux

El
gens
jour
Sur

jeté
troub
après
quoi
lui di
faire
sait
veut
elle

qu'elle fixe avec du papier gommé. Elle nous présente ces diverses préparations sur lesquelles elle a inscrit la provenance des parasites, des vers, recueillis soit sur le cuir chevelu, soit sur le corps, soit sous les ongles, etc. Elle nous les fait examiner avec son compte-fil ; ce sont pour elle des espèces d'animalcules inconnus en France, ayant une coloration tantôt blanche, tantôt grise, tantôt noire, suivant leur âge. En notre présence, elle en recueille sur la poitrine, dans les régions axillaires et les étale sur une feuille de papier pour que nous puissions bien nous rendre compte qu'elle a le corps couvert de ces parasites.

Les sensations de piqûres, de démangeaisons existent, en effet, sur tout le corps, ainsi qu'au niveau de l'anus, de la vulve, des conduits auditifs externes, des orifices narinaux ; elles sont continues aussi bien le jour que la nuit. Mais, malgré des grattages incessants, des frictions répétées, l'examen de la peau ne permet de constater aucune éruption, aucune lésion. Il n'y a pas de troubles de sensibilité ; toutes les sensibilités sont intactes.

Malgré la longue durée de la maladie, dix-huit mois, et les souffrances que M^{me} X... prétend avoir, elle n'a pas maigri, elle continue à manger, à dormir, quoiqu'elle dise que pendant la nuit elle est réveillée par le besoin de se gratter.

Persuadée qu'elle est atteinte d'une affection parasitaire originaire des pays chauds et qu'elle a été contaminée par sa locataire arrivant de Buenos-Ayres, pour ne pas contaminer à son tour sa famille, elle a quitté les siens, sa maison et s'est retirée à la campagne. Son fils s'est marié il y a sept mois, elle n'a voulu ni aller assister à son mariage ni recevoir son fils ni sa belle-fille.

Après avoir consulté les divers médecins de la ville qu'elle habitait, elle est allée à Lyon où elle a passé plusieurs semaines ; elle a été traitée par le Dr Aubert. N'obtenant aucun résultat, elle s'est décidée à aller à Montpellier où elle est entrée à l'hôpital dans le service du professeur Brousse. Elle vient maintenant consulter à Marseille, espérant que dans cette ville on doit mieux connaître les maladies parasitaires des pays chauds.

ONS. II. — F..., âgée de 47 ans, cuisinière, nous est adressée par un de nos confrères, M. le professeur Magail. La malade se plaint d'avoir des poux sur le cuir chevelu et le dos depuis plus de six mois.

Elle raconte qu'étant placée dans une famille où il y avait deux jeunes gens, ceux-ci, pendant une absence de leur mère, lui demandèrent un jour si elle avait mangé ce qui restait d'un plat qu'elle leur avait servi. Sur sa réponse affirmative, ils se mettent à rire et lui disent qu'ils avaient jeté un pou dans ce plat. Cette malheureuse femme est profondément troublée de cette histoire, elle pleure et quitte sa place quelques jours après, disant à la maîtresse de maison que ses fils lui apprendront pourquoi elle est obligée de s'en aller. On cherche à la retenir, les jeunes gens lui disent qu'ils ont plaisanté, etc., mais aucun raisonnement ne peut la faire revenir sur sa détermination. Elle éprouve des démangeaisons et sait quelle en est la cause. Elle se retire dans une petite chambre et ne veut plus travailler, certaine que, si elle se plaçait dans une autre maison, elle donnerait des poux aux autres domestiques et à ses maîtres.

Ces poux, elle les sent dans le dos, mais principalement dans le cuir chevelu où elle éprouve des démangeaisons, des piqures, aussi se gratte-t-elle continuellement avec les ongles ou avec des épingles à cheveux, avec lesquelles elle fouille pour ainsi dire le cuir chevelu. Les petites croûtes consécutives à ces excoorations sont considérées par la malade comme étant des poux.

La malade est une femme simple, naïve, complètement illettrée, c'est une véritable débile; elle est originaire de la Lozère où elle a une sœur mariée et bien portante. Ses parents sont morts à un âge avancé, ils étaient cultivateurs. Quant à elle, elle n'a jamais fait de maladie sérieuse; elle est cuisinière depuis plus de vingt-cinq ans à Marseille. Elle avait gagné quelque argent, qu'elle avait confié à un homme d'affaires qui le lui emporta; c'est après la perte de toutes ses économies que lui est arrivée l'histoire des poux jetés dans les aliments.

La malade étant presque sans ressources, ne voulant cependant pas travailler pour ne pas contaminer d'autres personnes, nous finissons par la décider à retourner dans son pays. Là elle se fit couper les cheveux, prit des bains froids de rivière et au bout de quelques mois revint nous voir en nous disant qu'elle avait fini par se débarrasser de sa maladie parasitaire. Celle-ci avait duré pendant 18 mois. Maintenant la malade travaille depuis un an, mais elle n'a pas oublié l'affection qu'elle a eue et dont elle parle toujours.

OBS. III. — H..., âgé de 46 ans, maçon, vient nous consulter au mois de mai 1895, parce qu'il a des « morpions » sur le cuir chevelu. D'après les renseignements qu'il donne sur sa famille, il n'y aurait rien à relever dans les antécédents héréditaires. Il est marié, mais n'a pas d'enfants; bonne santé habituelle; pas d'alcoolisme; il a toujours été timide, triste, parlant peu; il n'a pas eu d'ennuis, de chagrins; il vit assez bien, n'ayant aucune charge de famille, sa femme travaille et gagne quelque argent.

L'affection dont il se plaint a débuté il y a quatre mois. A cette époque il portait les cheveux assez longs et avait des démangeaisons et des pellicules. Un jour un de ses camarades, en le voyant se gratter lui demande s'il a des « morpions »; peu à peu, cette idée le poursuivant, il se fit couper les cheveux et savonne tous les matins son cuir chevelu. Malgré ces soins, les démangeaisons continuent et il est persuadé qu'il a des poux comme lui a dit son camarade.

Le cuir chevelu est absolument net; les cheveux sont abondants, mais coupés courts; il n'y a pas de séborrhée, pas de lésions de grattage, le malade en convient lui-même, mais éprouvant du prurit, des picotements malgré les soins qu'il prend, il attribue tous ses maux à la phthiriasse. Il est devenu sombre, taciturne, préoccupé; il croit que tous ceux qui l'entourent, s'aperçoivent qu'il a des poux, et quand quelqu'un de ses camarades le regarde attentivement, il quitte immédiatement son travail, persuadé qu'on va se moquer de lui et lui reprocher sa malpropreté.

Les faits semblables à ceux que nous venons de relater sont rarement observés dans la pratique civile et dans les services de dermatologie; on les rencontre assurément plus fréquemment en médecine

mentale et dans les asiles d'aliénés. Mais quelle que soit la fréquence de ces parasitophobies primitives, le point intéressant de leur histoire clinique est qu'elles ne sont que la manifestation de l'état mental des malades.

Au point de vue de la symptomatologie, la névrodermie est *généralisée* ou *localisée* : les sensations subjectives qu'éprouvent les malades, telles que prurit, picotement, fourmillements, peuvent occuper toute la surface du corps comme dans l'observation I, ou seulement certaines régions, le cuir chevelu et le dos (obs. II), le cuir chevelu exclusivement (obs. III). Quelle que soit l'étendue de la dermatose prurigineuse, quelle que soit sa durée, il est fort remarquable que le tégument ne présente aucune éruption spontanée et ne subit que peu ou point de modifications malgré les grattages incessants. Il n'y a donc pas de symptômes objectifs du côté de la peau ; la manifestation cutanée est entièrement subjective. Ce sont bien des prurits, *sine materia*, des prurits *sine prurigo*. Dans l'observation I, la malade ne recueillait avec ses ongles que des débris épidermiques et crasseux, des filaments provenant des vêtements, etc., mais jamais aucune croûte. Elle fixait ces débris entre deux lames de verre et les montrait comme étant des parasites à tous les médecins qu'elle allait consulter. Dans l'observation II, on trouvait quelques croûtelles sur le cuir chevelu, mais elles étaient consécutives aux piqûres produites par des épingles à cheveux, avec lesquelles la malade fouillait pour ainsi dire son cuir chevelu. C'étaient ces croûtelles qu'elle considérait comme pleines de poux. Dans l'observation III, les cheveux étaient coupés ras, la tête très propre était lavée plusieurs fois par jour et ne présentait aucune trace de grattage.

Les sensations subjectives éprouvées par les malades sont continues, et à chaque instant, on les voit frotter ou gratter une partie du corps ; tout leur est indifférent, ils ne sont occupés que de l'idée fixe d'avoir des parasites, de pouvoir les transmettre, d'être un objet de dégoût pour leur entourage ; et ces parasites ils les sentent, ils les voient dans les débris épidermiques, dans les croûtes qu'ils recueillent sur leurs téguments. Craignant de contaminer les leurs ou les personnes qui les entourent, ils ne veulent pas vivre dans leur famille, ils pensent qu'ils ne peuvent plus travailler. C'est ainsi que dans l'observation I, la malade s'était retirée à la campagne, et qu'elle n'avait pas voulu aller assister au mariage de son fils ; quand elle nous a consulté, il y avait 18 mois qu'elle n'était pas retournée dans sa famille. De même pour la malade de l'observation II ; cette malade, qui était cuisinière, est restée deux ans sans vouloir travailler, disant qu'il y avait bien assez d'elle d'infectée, qu'elle était trop scrupuleuse pour contaminer d'autres personnes. Le malade de l'observation III vivait avec sa femme et était étonné qu'elle n'eût pas de morpions (il croyait, en effet, qu'il était atteint de morpions sur le cuir chevelu !).

Malgré ces troubles psychiques persistants, l'état général des malades est assez satisfaisant : toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement ; ils continuent à se nourrir, à dormir, ils ne maigrissent pas. Les uns sont tristes, taciturnes, parlent peu (obs. III) ; les autres (obs. I et II), sont au contraire très loquaces et racontent avec beaucoup de détails et toujours dans les mêmes termes le début de leur maladie, les souffrances qu'ils éprouvent, etc.

Le début de leur maladie a toujours un caractère de vraisemblance : Dans l'observation I, il s'agit d'un ménage ouvrier arrivant de Buenos-Ayres, auquel la malade loue un appartement dans la maison qu'elle habitait. Ces locataires viennent un jour se plaindre à elle d'avoir senti des bêtes passer sur leur figure pendant la nuit et lui demandent si les précédents locataires étaient propres. On leur fait blanchir leur chambre et ils ne se plaignent plus de rien. Au bout de quelque temps, c'est la propriétaire qui, à son tour, croit avoir été piquée à la figure pendant la nuit par des parasites et en parle à ses locataires. A partir de ce moment la malade est poursuivie par cette idée de parasite et son délire hypochondriaque commence.

Dans l'observation II ce sont les fils des maîtres chez lesquels elle est placée comme cuisinière qui lui demandent si elle a mangé les restes du dîner qu'elle leur a servi. Elle répond affirmativement ; ils lui disent qu'ils avaient jeté un pou dans le plat. C'est à partir de ce moment que cette malheureuse fille est persuadée qu'elle a des poux de corps et du cuir chevelu.

Dans l'observation III, le malade portait les cheveux longs et avait beaucoup de pellicules ; un de ses camarades le voyant se gratter, lui demande s'il a des morpions ! Depuis ce moment, quoiqu'il se soit fait couper les cheveux aussi ras que possible, qu'il se lave la tête tous les jours, il est persuadé qu'il est infecté de poux.

Les renseignements que donnent les malades sur le début de leur maladie, les sensations subjectives qu'ils éprouvent, l'absence de toute lésion cutanée d'origine parasitaire, sont des faits qui témoignent d'une altération profonde des facultés intellectuelles. L'hypochondrie avec obsession est manifeste. Ces malades n'ont pas conscience de l'absurdité de leur idée fixe ; ici l'intensité, la durée de leur phobie est telle qu'elle représente un stigmate de dégénérescence et de véritable dégradation mentale. Il ne s'agit plus dans ces cas de parasitophobies primitives, de ces phobies si fréquentes chez les neurasthéniques. Ces derniers peuvent encore, en effet, par un acte de volonté d'énergie, malgré la sensation pénible, d'angoisse même qu'ils éprouvent, traverser une place, comme on le constate, par exemple, dans l'agoraphobie ; les premiers, au contraire, ne sont occupés que de leur idée fixe, de leur délire, ce sont de véritables aliénés, présentant une forme particulière de vésanie, hypochondrie avec obsession prurigineuse d'origine parasitaire.

La maladie peut se compliquer d'hallucinations, et ces hallucinations peuvent devenir dangereuses soit pour l'aliéné lui-même, qui peut recourir au suicide, soit pour ceux qui l'entourent. Dans l'observation III, le malade nous a dit que, quand il s'apercevait que ses camarades l'observaient, il avait plusieurs fois quitté immédiatement son travail, certain que ceux-ci avaient vu qu'il avait des poux sur le cuir chevelu. Chez cet homme, le délire hypochondriaque paraît avoir une certaine tendance à se transformer en délire de persécution; sous l'influence d'une impulsion irrésistible, il peut frapper ceux qu'il se contente jusqu'à présent de fuir. Le pronostic de ces névrodermies parasitophobiques primitives peut donc devenir très grave.

Le diagnostic est ordinairement facile : en laissant aux malades raconter leur histoire, on est bien vite convaincu que l'affection parasitaire pour laquelle ils viennent consulter, n'existe que dans leur esprit. On devra pourtant s'assurer toujours qu'il n'y a pas d'acares ni de poux de corps, de tête ou du pubis. Cet examen fera de plus constater l'absence de toute éruption cutanée malgré les grattages.

Le prurit sénile et les autres prurits de causes organiques (mal de Bright, glycosurie, toxémies diverses, lésions carcinomateuses, etc.) ne seront éliminés qu'après une étude complète du malade. On pourra alors affirmer que la dermatose prurigineuse n'est qu'une véritable psychopathie. Il existe cependant une intoxication assez rare à laquelle il faudra penser, c'est la cocaïnomanie. Dans cette intoxication on observe une forme très particulière de délire bien connue des aliénistes depuis les communications de MM. Saury et Séglas au Congrès de médecine mentale de Rouen, 1890 (1). C'est un délire hallucinatoire pouvant porter sur tous les sens, mais avec prédominance des troubles de la sensibilité cutanée. Les malades éprouvent des sensations bizarres qui les portent à fouiller leur peau avec des aiguilles ou avec la pointe d'un canif, pour en extraire un corps étranger, s'imaginant qu'il en sort un animalcule animé de mouvements plus ou moins rapides.

Les parasitophobies secondaires à une invasion réelle de parasites sont le plus souvent curables, et après une durée plus ou moins longues finissent par disparaître. Il n'en est pas de même pour les névrodermies parasitophobiques primitives, qui, ordinairement sont, rebelles à toute médication.

La maladie étant une maladie de l'imagination, c'est à l'élément psychique qu'il faut s'adresser. La suggestion peut être essayée, mais les malades ayant la conscience et le souvenir de leur idée fixe, la suggestibilité ne réussit pas chez eux. On doit par des traitements simulés s'efforcer de les convaincre de leur guérison, tout en leur donnant des calmants du système nerveux général et du prurit.

(1) G. THIBIERGE. *Loc. cit.*

La malade de l'observation I à laquelle nous avions prescrit des pilules de bleu de méthyle (Pitres) fut vivement impressionnée quand elle vit que ses urines devinrent bleues et éprouva à partir de ce moment une assez grande amélioration. Elle avouait que les démangeaisons étaient moins vives, qu'elles revenaient moins souvent à l'anus et à la vulve; mais que les sensations douloureuses qu'elle éprouvait à la tête, aux mains, sur le dos persistaient encore, tandis qu'elles étaient moins vives et plus rares sur les autres parties du corps. Quant aux animalcules elle en recueillait toujours; certains étaient devenus bleus, tandis que d'autres étaient toujours blancs ou noirs. Malheureusement, nous n'avons pu suivre plus de deux mois cette malade; elle n'habitait pas Marseille, et n'est plus revenue nous voir.

Dans l'observation II, le changement de milieu a eu une heureuse influence: nous avons pu envoyer la malade dans son pays; là, elle s'est fait couper les cheveux, a pris des bains froids de rivière, s'est remise au travail de la campagne et après quelques mois était guérie de son idée fixe. Dans ce cas, la parasitophobie était survenue chez une femme profondément affligée par la perte complète de tout l'argent qu'elle avait gagné après plus de trente ans de travail et d'économies. En se retrouvant dans son village, dans sa famille qu'elle n'avait pas revue depuis longtemps, la malade a éprouvé le bénéfice constaté le plus souvent chez les névropathes que l'on traite par l'isolement.

Quoi qu'il en soit de ce résultat favorable, d'ordinaire les faits de névrodermie parasitophobique primitive sont rebelles à toute médication. C'est une forme d'aliénation mentale.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS MÉDULLAIRE

Note préalable, par le Dr **S. Orlowski** (1).

La syphilis médullaire a acquis dans ces dernières années, une place des plus importantes dans le groupe des maladies de la moelle; presque chaque semaine nous voyons apparaître quelque nouveau travail concernant ce chapitre intéressant de la neuropathologie.

Néanmoins, l'étude de ce sujet est bien loin d'être épuisée, et aujourd'hui encore chaque observation clinique ou anatomique présente une réelle valeur au point de vue scientifique.

Ces considérations m'autorisent à publier cette note préalable qui ne donne qu'un *aperçu statistique* des faits cliniques.

Si j'ai pu entreprendre ce travail, je le dois à l'obligeance de mon illustre maître, M. le professeur Kojewnikow qui a bien voulu mettre à ma disposition les Archives de la clinique des maladies nerveuses; je suis heureux de saisir cette occasion pour lui exprimer toute ma reconnaissance.

Les Archives contiennent les observations des malades recueillies depuis 1869; parmi les milliers de documents qui y sont réunis, j'ai trouvé plus de 80 observations cliniques de syphilis médullaire (sans y compter le *tabes ordinaire*). Les cas sujets à contestations ayant été exclus, il en resta encore 52 inédits; j'y ajoutai 20 observations personnelles dont la plupart avaient été recueillies aussi à la clinique des maladies nerveuses de la Faculté de Moscou.

Sur ces 72 malades, il y avait 5 femmes et 67 hommes.

L'âge des malades noté à la période des premiers accidents médullaires donne :

De 20 à 30 ans.....	21 cas
— 30 à 40 —	31 —
— 40 à 50 —	11 —
Au-dessus de 50 —	9 —

Ainsi la plus grande partie des malades étaient atteints à l'âge de 30 à 40 ans (43 p. 100).

Le temps qui s'écoulait entre l'infection syphilitique et le début des

(1) Communication faite à la *Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou*, dans la séance du 22 septembre 1895.

symptômes nerveux (cérébraux ou spinaux) était très variable suivant le cas : de 3 mois jusqu'à 34 ans.

Les premiers troubles nerveux furent signalés :

Dans la première année.....	10 fois
— la deuxième —	12 —
Entre 2 et 4 ans.....	16 —
— 4 — 8 —	14 —
— 8 — 12 —	8 —
Au-dessus de 12 —	12 —

Ainsi sur 72 cas nous trouvons 22 (30 p. 100) qui débutèrent dans les deux premières années après l'infection (syphilis médullaire précoce de Gilbert et Lion) et 38 cas (près de 51 p. 100) dans les quatre premières années.

Dans 59 observations nous trouvons mention de la *gravité* des premières manifestations syphilitiques :

Accidents légers.....	19 cas (32 p. 100).
— moyens.....	24 — (40 —).
— graves.....	16 — (28 —).

La mention du *traitement spécifique* à cette époque de la maladie dans 67 observations, nous apprend que :

Il fut nul.....	7 fois
Insignifiant.....	26 —
Moyen.....	11 —
Énergique.....	23 —

Ainsi dans une moitié de cas (33) le traitement était insuffisant, dans l'autre (34) considérable.

Outre l'infection syphilitique dans les antécédents, nous voyons signalées plusieurs autres causes prédisposantes ou déterminantes :

L'hérédité nerveuse.....	14 fois
L'action du froid.....	14 —
Excès vénériens.....	13 —
L'alcoolisme.....	15 —
Fatigues corporelles.....	8 —
Traumatisme.....	5 —

Dans la majorité des cas, ces causes se combinaient mutuellement.

Dans plusieurs observations, nous trouvons mention de toutes sortes de maladies précédant la syphilis médullaire et sans relation apparente avec celle-ci.

Neuf fois dans les antécédents nous constatons des affections nerveuses : neurasthénie, hystérie, épilepsie, etc. Trois malades étaient atteints directement avant le début des troubles médullaires d'affec-

tions aiguës de l'appareil respiratoire : deux fois la pneumonie croupale, une fois la pleurésie.

Enfin dans 31 observations, il n'est mention de quelque cause prédisposante que ce soit en dehors de l'infection syphilitique. Les 72 cas se répartissent comme il suit :

I. — *Lésions diffuses de la moelle et des méninges*, 54 cas ; parmi ces derniers il y avait :

22 myélites.

27 méningo-myélites.

5 méningites spinales.

II. — *Lésions pseudo-systématiques et combinées*, 11 cas.

Entre ces deux groupes, on peut placer un cas d'exostose syphilitique des vertèbres et un cas de compression de la queue de cheval (probablement par une gomme).

III. — *Syphilis cérébro-spinale*, 5 malades chez lesquels les symptômes cérébraux étaient prédominants dans le tableau clinique ; dans les autres observations, les accidents cérébraux ont été aussi constatés parfois, mais peu accentués et passagers.

I. — LÉSIONS DIFFUSES DE LA MOELLE ET DES MÉNINGES

Les cas de ce groupe peuvent être répartis de la façon suivante :

A) Forme aiguë, 19 observations ;

B) Forme chronique et subaiguë, 35 observations.

Cependant les limites entre ces deux types ne sont pas absolues et souvent on observe des formes intermédiaires.

A. — FORME AIGUE. — L'évolution de ces cas présente les trois périodes décrites par M. Jules Sottas (1), période prémonitoire, période de paralysie aiguë et période de paralysie spasmodique.

1. *Période prémonitoire*. — Dans quatre observations la maladie débute par des accidents cérébraux, des céphalées, parfois accompagnées de vertiges et de nausées. Chez les autres malades les symptômes spinaux ouvrent la scène. De vives douleurs rachidiennes, s'irradiant souvent dans les hypochondres (4 cas), de la faiblesse des jambes (5 cas). Bientôt apparaissent d'autres symptômes : paresthésies dans les membres inférieurs, troubles passagers de la miction, impuissance.

La durée de cette période est variable : quelques jours (2 obs.), quelques semaines (2 obs.), des mois (4 obs.), même des années (jusqu'à huit ans dans un cas). D'ailleurs, alors seulement que cette période ne dépassait pas des jours ou des semaines, les symptômes étaient observés tout le temps et s'aggravaient plus ou moins rapi-

(1) J. SOTTAS. La syphilis médullaire. *Gazette des hôpitaux*, 1894, n° 148.

dement, dans les autres cas ces symptômes ne se montraient que sous forme d'accès qui disparaissaient presque sans laisser de trace. Entre autres sont signalés des accès de faiblesse des jambes (2 fois), des accès d'atroce céphalée (3 fois), parfois avec vertiges et vomissements, accès de douleur rachidienne (2 fois), incontinence passagère d'urine ou des matières fécales (2 fois); chez une malade, de temps à autre des poussées fébriles (jusqu'à 40°) sans cause apparente.

Dans six cas enfin la maladie débuta d'emblée par la période de paralysie aiguë, sans symptômes prémonitoires.

2. *Période de paralysie aiguë.* — Elle est caractérisée par le développement plus ou moins brusque d'une *paralysie complète*.

Dans la moitié de cas (9 sur 19) cette attaque revêtait la forme d'un *ictus apoplectiforme* : tantôt les malades sentaient brusquement leurs jambes incapables de tout mouvement, tantôt ils se réveillaient le matin avec une paralysie complète. Dans un cas il y avait perte de connaissance.

Chez trois malades la paralysie s'aggravait pendant une journée, chez six pendant plusieurs jours, enfin dans une observation la paralysie ne devint complète qu'au bout de quinze jours.

La paralysie des deux membres inférieurs est signalée quinze fois, le syndrome de Brown-Séquard une fois, paralysie des bras et jambes trois fois (dans une de ces observations les membres gauches étaient pris au début et au bout de quelques heures les membres droits).

L'attaque de paralysie s'accompagnait dans trois cas d'état fébrile. Quatre fois elle était précédée d'une subite rétention d'urine.

Deux malades signalaient comme causes occasionnelles de leur attaque des fatigues corporelles, deux des accès.

Les symptômes spasmodiques : raideur musculaire avec exagération des réflexes tendineux, sont signalés treize fois. Diminution ou abolition des réflexes, quatre fois; deux fois les réflexes restaient normaux.

La paralysie s'accompagnait presque toujours de troubles graves de la *sensibilité objective* (ils ne manquaient que dans une observation); l'anesthésie complète des membres paralysés est signalée 7 fois.

Les troubles des *sphincters* sont aussi constants (dans un seul cas la vessie fonctionnait régulièrement) et très sérieux : 11 fois sur 18 il y eut rétention complète d'urine; chez un malade même on était obligé de faire l'opération de la paracentèse abdominale pour évacuer la vessie. Dans quatre observations il y avait difficulté de la miction, dans trois incontinence d'urine. Du côté du rectum : constipation opiniâtre, trois fois incontinence des matières fécales.

Dans presque la moitié des cas apparaissent bientôt des troubles

trophiques graves : les eschares sont signalées 8 fois, 5 fois elles débutèrent dans les premiers jours qui suivirent l'attaque de paralysie.

Parallèlement, mais en somme un peu plus tard, surviennent les cystites catarrhales et purulentes (signalées chez les mêmes huit malades).

Dans deux cas ces troubles trophiques firent des progrès rapides et les malades succombèrent à l'infection septique : l'un deux mois, l'autre trois mois après l'attaque de paralysie.

Dans cette période aiguë, la mort peut survenir aussi à cause des phénomènes *bulbaires*. Voici un exemple d'évolution rapide : pendant cinq jours, symptômes prémonitoires très accentués, céphalée atroce, rétention d'urine; puis, à la suite d'un ictus avec perte de connaissance qui dura deux à trois heures, paralysie absolue des membres supérieurs et parésie prononcée des membres inférieurs; au bout de quelques jours, la paraplégie inférieure devient aussi complète et le malade commence à éprouver de la difficulté de la respiration; ce dernier symptôme fait des progrès rapides et, au bout de huit jours, le malade meurt par asphyxie. — La marche dans les autres cas (16) est plus lente : la paralysie reste quelque temps stationnaire (signalé 11 fois) et pendant ce temps les autres symptômes *oscillent*; dans deux cas l'état des réflexes tendineux était extrêmement variable : tantôt on les trouvait exagérés, tantôt diminués, tantôt abolis d'un ou des deux côtés; chez deux malades l'état des *sphincters* se modifiait souvent, la rétention d'urine cédait la place à l'incontinence, qui n'était que passagère; enfin plusieurs malades souffraient pendant ce temps des troubles trophiques dont nous avons fait mention plus haut.

Cette période de *paralysie stationnaire* durait : dans quatre cas moins de quinze jours; dans six, environ deux mois; dans un cas, près d'une demi-année. Dans cinq observations, cette période n'est pas signalée.

Ensuite, la paralysie commence à s'amender progressivement, et en même temps les phénomènes spasmodiques deviennent dominants dans le tableau clinique.

3. *Période de paralysie spasmodique*. — L'amélioration des troubles moteurs dans la majorité des cas (13 sur 16) est très lente, dure plusieurs mois, voire même des années. Cependant, dans trois observations elle était assez rapide : un de ces malades pouvait marcher au bout de six semaines, l'autre au bout de deux mois, le troisième recouvrit complètement l'usage de ses membres au bout de trois mois,

En somme, sur seize malades, neuf purent marcher tant bien que mal (aidés par quelqu'un ou avec une canne), les autres restèrent cloués à leurs fauteuils.

Les phénomènes spasmodiques ne manquaient que dans trois cas,

dans les autres ils étaient très prononcés; dans deux observations où les réflexes tendineux étaient abolis pendant la période aiguë, ils reparurent au bout de deux ou trois semaines et les phénomènes spasmodiques se développèrent rapidement.

L'amélioration de la *sensibilité* était beaucoup plus rapide et plus complète sur dix-huit malades : chez cinq, les troubles sensitifs disparurent tout à fait (dans quatre cas au bout de deux à trois mois, dans un au bout d'une année); deux de ces malades étaient frappés d'une anesthésie absolue. Chez quatre malades on signale une amélioration considérable des troubles sensitifs.

Les paralysies des *sphincters* étaient bien plus opiniâtres et durables; sur dix-huit malades, un seul recouvrit la fonction normale de la vessie et du rectum; certaine amélioration est signalée quatre fois; dans treize observations, ces troubles restèrent stationnaires : il y avait tout le temps rétention complète d'urine, ou celle-ci cédait sa place à l'incontinence.

Dans cette période, la *mort* est signalée deux fois à la suite de la *tuberculose* survenue comme complication : un malade est emporté au bout de sept, l'autre au bout de quinze mois après le début de la paraplégie.

Efficacité du traitement spécifique. — Sur dix-neuf cas : onze fois elle était incontestable (entre autres chez cinq malades l'amélioration était observée après l'emploi de l'iodure), deux fois l'amélioration était insignifiante, six cas résistaient au traitement (dans trois cas, l'affection faisait des progrès en dépit d'un traitement énergique; dans deux cas, elle resta stationnaire; enfin, chez un malade, le traitement spécifique donnait chaque fois une légère amélioration, mais bientôt les symptômes reparaissent avec la même intensité).

Ainsi, les *terminaisons* aiguës de ces dix-neuf cas étaient les suivantes :

Mort.....	5 cas
Paraplégie absolue.....	3 —
Parésie spasmodique des deux membres inférieurs..	8 —
Faiblesse d'une jambe.....	2 —
Anesthésie des jambes.....	1 —

D'après les observations cliniques, sept malades étaient capables de continuer quelque travail léger.

B. — *FORME CHRONIQUE ET SUBAIGUE.* — Une seule fois (sur 35) les symptômes cérébraux apparurent les premiers : le malade fut atteint d'une hémiparésie. Dans les autres cas, les premiers accidents sont d'origine spinale. Ouvrent la scène :

<i>Les troubles moteurs</i> , 11 fois.....	{	faiblesse des deux jambes... 8 fois.
		faiblesse d'une jambe..... 3 —

Les troubles sensitifs, 13 fois.....	{	engourdissement des jambes. 3 fois.
		douleurs dans les jambes... 3 —
		— rachidiennes..... 2 —
		— en ceinture..... 5 —
Les troubles génito-urinaires, 10 fois..	{	réten-tion d'urine..... 6 fois.
		incontinence..... 1 —
		impuissance..... 2 —
		priapisme..... 1 —

MODES DE DÉBUT. — a) *Forme subaiguë*, 8 cas.

Les malades étaient atteints subitement de vives douleurs rachidiennes et en ceinture (cinq cas) ou de troubles de la miction; ensuite les jambes commençaient à mollir et cette faiblesse faisait des progrès rapides. Dans ces cas, la maladie atteignait son maximum en peu de temps, entre les premiers symptômes et l'acmé; dans deux cas il s'écoula près d'un mois, dans six de deux à six mois.

b) *Période prémonitoire avec exacerbation* plus ou moins accentuée, 12 cas.

Les symptômes de la période prémonitoire sont vagues: lourdeur, engourdissement des jambes, certaine difficulté de la miction, besoins impérieux d'uriner, etc. Chez trois malades, ces symptômes n'étaient signalés que sous forme d'accès. La durée de cette période était:

De 2 à 9 mois chez 7 malades.

— 2 à 7 ans — 5 —

Après, à la suite de quelque cause occasionnelle (signalée dans 7 cas: cinq fois surmenage et fatigues corporelles, deux fois refroidissement) ou sans cause apparente se développait brusquement une faiblesse prononcée des jambes ou une paraplégie absolue.

c) *Début essentiellement chronique insidieux*, 15 cas.

Trois seulement de ces malades atteignent l'apogée de leur maladie au bout de quelques mois, chez les autres, les symptômes s'aggravaient en une à deux années, voire même 8 à 12 ans.

Le symptôme le plus important et signalé chez tous ces 35 malades sans exception est une *paralysie des membres inférieurs*. Le degré de cette paralysie est variable:

Parésie plus ou moins accentuée..... 24 cas.

Paralysie absolue..... 7 —

Paralysie d'une jambe et parésie de l'autre..... 4 —

Généralement, une jambe est prise plus que l'autre (signalé 23 fois).

Six fois la paralysie était plus prononcée dans les parties centrales des membres; six fois, au contraire, dans les parties périphériques.

L'hémi-paraplégie spinale (syndrome de Brown-Séquard) était observée 10 fois.

Autres groupes musculaires :

Faiblesse des muscles abdominaux.....	3 fois.
— — — du dos.....	8 —
Parésie des membres supérieurs.....	4 —

La raideur des muscles est signalée 14 fois, contracture permanente 2 fois.

La marche était tout à fait impossible dans 11 cas ; dans les autres cas, *démarche* spasmodique ou paréto-spasmodique.

La *station debout* était impossible dans 6 cas, difficile aussi dans 6 cas.

Signe de *Romberg* signalé 10 fois.

Les troubles *trophiques des muscles* étaient observés 5 fois (amaigrissement d'une ou de deux jambes en masse, 4 fois ; atrophie de certains groupes musculaires, une fois.)

La *contractilité électrique* était explorée chez 31 malades, elle est signalée normale 22 fois, diminuée 9 fois.

Réflexes rotuliens :

Normaux.....	4 fois.
Exagérés.....	27 —
Diminués.....	2 —
Abolis.....	2 —

Réflexes du tendon d'Achille (mentionnés dans 33 observations) :

Normaux.....	6 fois.
Exagérés.....	25 —
Abolis.....	2 —

Le clonus du pied est signalé dans 14 cas, la trépidation épileptoïde des jambes dans 5.

Réflexes plantaires (mentionnés dans 24 observations) :

Normaux.....	3 fois.
Exagérés.....	17 —
Abolis ou diminués.....	4 —

Réflexes abdominaux (mentionnés dans 23 observations) :

Normaux.....	3 fois.
Exagérés.....	9 —
Abolis ou diminués.....	11 —

Réflexes crémastériens (mentionnés dans 20 observations) :

Normaux.....	4 fois.
Exagérés.....	7 —
Abolis ou diminués.....	9 —

L'exagération des *réflexes thermiques* fut constatée 3 fois.

Troubles de la sensibilité. — Dix-neuf malades se plaignaient de différentes douleurs :

Douleurs rachidiennes.....	10 fois.
— en ceinture.....	11 —
— dans les jambes.....	8 —
— dans les bras.....	2 —

Dans la majorité des cas ces douleurs se combinaient chez les mêmes individus. Le rachis était sensible à la pression chez cinq malades.

Les sensations *subjectives* variées dans les membres inférieurs (tiraillement, picotement, engourdissement) étaient d'une grande fréquence (25 observations); sensation de *ceinture* autour du tronc, signalée 7 fois.

Sensibilité objective :

Intégrité de la sensibilité.....	3 malades.
Anesthésie absolue ou très accentuée....	11 —
— incomplète mais assez marquée.	14 —
Troubles légers mais certains.....	7 —

Répartition des troubles sensitifs. — L'anesthésie occupait :

Les deux jambes ou leurs parties.....	14 fois.
Toute la moitié inférieure du corps.....	11 —
Les membres inférieurs et supérieurs.....	1 —
Toute l'étendue du corps (la tête exceptée).....	1 —
Répartition monoplégique ou hémiparaplégique....	5 —

L'*hyperesthésie* est signalée 6 fois; la diminution du sens musculaire dans 7 observations.

Les divers *modes* de la *sensibilité* étaient altérés d'une façon à peu près égale, 18 observations.

Anesthésie dissociée, 14 obs.	Sensibilité à la température <i>intégr.</i> 4 obs.			Les autres modes étant altérés. Les autres modes restant normaux.
	—	au contact.....	3 —	
	—	à la douleur..	2 —	
	—	au contact diminuée....	4 —	
	—	à la douleur —	1 —	

L'état des *pupilles* est mentionné dans 18 observations :

Pupilles normales.....	11 malades.
Inégalité des pupilles.....	2 —
Dilatation.....	2 —
Rétrécissement.....	2 —
Abolition du réflexe lumineux.....	1 —

Troubles urinaires dans 33 cas (sur 35) :

Difficulté de la miction.....	12 observations
Rétention d'urine.....	4 —

Tantôt rétention, tantôt incontinence.....	5 observations.
Incontinence.....	4 —
Besoins fréquents et impérieux.....	8 —

Une cystite catarrhale était observée chez 3 malades.

Troubles du rectum :

Constipation opiniâtre.....	24 observations.
Incontinence des matières fécales.....	2 —

Troubles génitaux :

Dépression de la fonction génitale.....	12 observations.
Impuissance totale.....	7 —

Troubles trophiques :

Eschares.....	5 observations.
---------------	-----------------

Marche de la maladie :

État stationnaire.....	12 malades.
Aggravation des symptômes.....	6 —
Amélioration lente (après une période d'état durant de 6 mois à 3 ans).....	7 —
Amélioration progressive et assez rapide.....	10 —

Dans huit observations, la marche de la maladie était irrégulière : l'amélioration et l'aggravation ne s'accroissaient pas graduellement, mais procédaient *par oscillations* ; plusieurs rechutes étaient signalées.

Marche des troubles moteurs :

Reconstitution ad integrum.....	7 malades.
(Toujours dans les premiers mois après l'acmé de l'affec- tion.)	
Amélioration considérable.....	7 —

Chez les autres, l'amélioration était nulle ou insignifiante.

Les troubles sensitifs étaient moins durables :

Disparition des troubles.....	10 observations.
Amélioration considérable.....	10 —
Anesthésies permanentes.....	12 —

Les troubles urinaires étaient très opiniâtres ; on observa :

État stationnaire.....	10 observations.
Aggravation.....	3 —
Reconstitution ad integrum.....	8 —
Certaine amélioration.....	3 —

Les *eschares* (signalées 5 fois) se cicatrisèrent dans trois cas ; dans deux observations elles faisaient des progrès et les malades succom-

bèrent à l'infection septique (l'un au bout d'une année et demie, l'autre au bout de trois ans après le début de l'affection).

L'influence du traitement spécifique :

Efficacité incontestable.....	15 cas.
(Sept fois amélioration par l'emploi de l'iodure).	
Amélioration sans relation apparente avec traitement iodo-mercuriel.....	3 —
Traitement sans actions.....	17 —

Terminaisons des cas chroniques :

Mort.....	2 cas.
Guérison.....	7 —
Paraplégie absolue.....	6 —
Parésie spasmodique plus ou moins prononcée.....	20 —

Dix-sept malades de la dernière catégorie pouvaient marcher (avec soutien) et huit pouvaient s'occuper de quelque travail léger.

II. — FORMES COMBINÉES ET PSEUDO-SYSTÉMATIQUES

A la première catégorie on peut rapporter quatre observations de *tabes myélite diffuse aiguë*.

Dans la marche de l'affection il y a deux périodes distinctes :

1° Symptômes du tabes pas trop prononcés : douleurs fulgurantes, signe de Romberg, ataxie des membres inférieurs (tous les malades pouvaient marcher, mais leur démarche était incertaine, incoordonnée), troubles urinaires et génitaux. La durée de cette période est variable : dans trois observations de deux à quatre ans, dans une, dix sept-ans.

2° La seconde période est caractérisée par un développement rapide d'une *paraplégie absolue* : dans trois cas elle s'installa en quelques jours ; un malade fut atteint après un coït d'une faiblesse subite des jambes, et quinze jours ensuite (aussi après un coït) d'une paralysie complète.

Ainsi dans ce dernier cas on peut regarder comme cause déterminante le coït ; dans un autre, la paraplégie se développa à la suite d'un refroidissement et fut accompagnée d'un état fébrile. Dans les autres observations aucune cause occasionnelle n'est signalée.

Dans deux cas la paralysie du mouvement était accompagnée d'une anesthésie complète de la moitié inférieure du corps et d'une rétention absolue d'urine ; dans les deux autres cas : diminution considérable de la sensibilité et difficulté de la miction.

La marche de l'affection est très variable suivant le cas : chez un malade tous les symptômes de myélite disparurent au bout de quatre mois, restèrent les troubles tabétiques antérieurs. Un autre malade bénéficiait au bout de quelques mois d'une amélioration considérable :

il pouvait marcher avec un soutien, mais la parésie des jambes restait très prononcée. Dans une troisième observation, au fur et à mesure que la paralysie s'amendait, l'ataxie devenait dominante, au point qu'au bout d'une année le malade était encore confiné dans son lit. Enfin le dernier malade resta stationnaire tout le temps de l'observation (six mois environ).

Le traitement spécifique était administré dans tous ces cas.

Une forme combinée était présentée aussi par un tabétique qui, en pleine période ataxique, fut atteint de convulsions toniques des jambes et des bras ; c'étaient des mouvements de flexion de l'avant-bras, de l'extension de la jambe, etc., qui se succédaient à des intervalles très rapprochés et étaient fort pénibles pour le malade. Ces convulsions furent observées pendant une année et restèrent stationnaires.

Les cas combinés sont remarquables par leur étiologie : outre l'infection syphilitique, il y avait dans trois observations une hérédité névropathique des plus prononcées ; dans les antécédents de quatre malades, d'autres maladies du système nerveux.

Le groupe *pseudo-systématique* est représenté par six malades atteints du *pseudo-tabes syphilitique*.

Le tableau clinique est très voisin de celui du tabes (trois malades à la période préataxique et trois à la période ataxique) ; cependant on y trouve des symptômes peu communs dans le tabes ordinaire : parésies très prononcées dès le commencement de l'affection (quatre observations), nystagmus (une fois).

Le temps qui s'est écoulé entre l'infection syphilitique et le début des symptômes médullaires est beaucoup plus court qu'ordinairement dans le tabes : dans deux observations, c'est moins d'une année ; dans trois, de trois à quatre ans ; dans une seule, près de neuf ans.

L'évolution des accidents est aussi beaucoup plus rapide : dans cinq observations, l'affection atteint son maximum au bout de quelques mois, une seule fois la période d'accroissement durait trois ans.

Marche de la maladie : Dans un cas, les symptômes s'aggravèrent, en dépit d'un traitement syphilitique très énergique ; dans trois cas, certaine amélioration ; dans deux cas, une amélioration très prononcée (chez un malade disparurent en quelques semaines une ataxie très accentuée et des troubles sensitifs considérables ; mais les réflexes patellaires ne reparurent pas).

III. — SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE

Les accidents cérébraux précèdent les accidents médullaires.

Deux fois, l'affection commença par des accès d'aphasie, une fois par une hémiplégie accompagnée d'aphasie, deux fois par une monoplégie.

L'évolution de la maladie s'effectue *par oscillations*, les alternatives d'amélioration et d'aggravation sont signalées dans maintes observations. D'une fréquence remarquable étaient les récidives des paralysies.

Voici quelques exemples :

Premier malade...	<div> <div> Paralysie croisée..... Monoplégie..... Paraplégie complète.... Paralysie croisée (aux membres opposés). </div> <div> } </div> </div>	<div> <div> </div> <div> </div> </div>
Deuxième malade.	<div> <div> Hémiplégie. Hémiplégie. Paraplégie. </div> <div> } </div> </div>	
3 ^e et 4 ^e malades...	<div> <div> Monoplégie. Hémiplégie. Paraplégie. </div> <div> } </div> </div>	

Les paralysies des *nerfs crâniens* étaient fréquentes :

Paralysie du facial.....	2 observations :
Paralysie du moteur oculaire interne.....	2 —
Paralysie de l'hypoglosse.....	1 —

Dans deux cas, il y avait des accès de céphalée avec vertiges et vomissements, troubles *psychiques* signalés chez trois malades : affaiblissement de la mémoire, certaine démence, apathie générale.

Symptômes *bulbaires* très prononcés dans deux observations.

Les accidents cérébraux restaient seuls (sans symptômes médullaires) deux ans (deux observations), une année (deux observations); enfin, une fois les accidents médullaires apparurent bientôt après le commencement de l'affection.

De la combinaison des paralysies d'origine cérébrale et d'origine spinale résultait une *triplégie* (signalée chez trois malades) :

Les troubles *sensitifs* étaient observés dans quatre cas : deux fois à répartition hémiplegique et deux fois paraplégiques.

Troubles *génito-urinaires*, quatre fois.

Le traitement spécifique était très efficace chez quatre malades (dans deux cas, les phénomènes paralytiques disparurent en quelques semaines; dans deux autres, ils s'amendèrent considérablement).

Le traitement était sans action dans un cas (le malade ne passa que peu de temps à l'hôpital).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 30 JANVIER 1896

PRÉSIDENTE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Des injections intra-musculaires d'huile grise, par M. LE PILEUR. (Discussion : MM. FOURNIER, EUDLITZ, BARTHÉLEMY, BAUDOUIN, HALLOPEAU, FEULARD, VERCHÈRE, ABADIE, DE BEURMANN, A. RENAULT, GASTOU, JACQUET.) — Notes sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis ; des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise ; et des indications générales de la méthode des préparations insolubles, par M. THIBIERGE. (Discussion : MM. VERCHÈRE, GASTOU, LE PILEUR, FOURNIER, MAURIAC, EUDLITZ, GALEZOWSKI, DU CASTEL.) — Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis, par M. JULLIEN. (Discussion : MM. A. RENAULT, FEULARD, GASTOU, ABADIE, THIBIERGE, MAURIAC, BARTHÉLEMY, FOURNIER.) — Présentation d'ampoules de verre contenant le liquide à injecter, par M. WICKHAM.

Ouvrages présentés.

G. NICOLICH. — *La cura della sifilide col metodo del prof. A. Scarenzio*; broch. in-8°, Trieste, 1895.

SOFFIANTI. — *Le iniezioni intramuscolari di calomelano in oto-rino-laringologia*. Ex. : *Boll. delle mal. dell' Orecchio, della gola e del naso*. Florence, 1895.

SOFFIANTINI. — *Indice bibliografico sulla cura della sifilide secondo il metodo del prof. Scarenzio, de 1864 à 1896*; broch. in-8°, Milan, 1896.

JULLIEN. — *Intorno alle iniezioni mercuriali*.

Traduction du mémoire présenté au Congrès de Lyon, 1894. Ext. *Gazzetta medica lombarda*, 1895.

Des injections intra-musculaires d'huile grise.

Par M. L. LE PILEUR.

C'est en 1891 que, sur le conseil de mon ami Balzer, je me décidai, après beaucoup d'hésitations, à employer les préparations insolubles de mercure en injections intra-musculaires.

Après les avoir vu pratiquer à Lourcine, je repoussai systématiquement l'oxyde jaune et le calomel comme trop douloureux, comme nécessitant une dose d'excipient trop considérable, et je m'arrêtai à l'huile grise qui n'avait pas les mêmes inconvénients, du moins qui ne les avait pas poussés au même degré.

C'est dans ma clientèle, chez moi, que, entraîné pour ainsi dire par les circonstances, je proposai et pratiquai séance tenante ma première piqure. Il s'agissait d'une dame qui avait de bonnes raisons pour dissimuler tout traitement. Le résultat fut merveilleux, pas de douleur et amélioration rapide. Encouragé par ce succès, je continuai dans ma clientèle et j'instituai ce mode de traitement dans mon service de Saint-Lazare.

Toutefois, à la suite de deux accidents, une stomatite assez violente et un abcès, tous les deux à Saint-Lazare, je me demandai si la série blanche n'était pas épuisée et si je n'allais pas avoir des déceptions; aussi je résolus de continuer à recueillir des faits et de ne rien publier, tant que je n'aurais pas un chiffre respectable d'observations.

Cependant en 1893 j'encourageai mon interne M. Thérault à prendre ce sujet de thèse; il l'a fort bien traité et, en plus d'un historique très complet, on y trouve la description minutieuse de la technique et le résultat de dix-huit mois d'observations prises dans mon service.

Aujourd'hui ce n'est plus une centaine, c'est six cents observations qui vont servir de base à cette communication, car j'ai eu à traiter 563 femmes syphilitiques à l'hôpital et une quarantaine des deux sexes à la ville. Sans doute, toutes ces observations n'ont pas la même portée, un grand nombre de malades de l'hôpital n'ont pu être suivies après le premier traitement, mais je n'en ai pas moins fait en quatre ans et demi près de 3,500 injections et ce chiffre est suffisant, je pense, pour me permettre de donner un avis motivé sur les inconvénients et les avantages en quelque sorte chiffrés de cette méthode.

Les injections de préparations insolubles ont pris, depuis deux ans surtout, une telle extension qu'il n'est plus guère besoin de les recommander; mais, justement, au moment où elles vont, sans aucun doute, se généraliser de plus en plus, je crois qu'il est bon de donner les détails les plus minutieux sur leurs inconvénients, de façon, tout en rendant pleine justice à ce moyen que pour ma part je trouve excellent, à mettre en garde les néophytes contre un enthousiasme dénué de critique.

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE ET ACCIDENTS QU'ELLE PEUT DÉVELOPPER. — I. — *Douleur*. — Il serait inutile de le nier, elle existe presque toujours, mais à des degrés très variables. L'absence totale de douleur ne se rencontre pas très communément, mais bien plus souvent cependant que l'excès opposé, c'est-à-dire une douleur assez vive pour arrêter et même aliter le patient.

A l'hôpital les renseignements que j'ai obtenus ont toujours été très vagues. Si on interroge les malades sur ce point, elles répondent presque invariablement par l'affirmative; si on ne les interroge pas, elles ne se plaignent pas. Mais ceci serait déjà une preuve que la douleur n'est pas habituellement bien vive, car ces malades peu intelligentes, contraintes de se soigner, et ne saisissant que très imparfaitement la nécessité du traitement qu'on leur impose, seraient, plus que les malades de la ville, susceptibles de se plaindre et de récriminer. C'est le contraire qui s'est passé chez moi. Au début, il s'est manifesté quelques oppositions; mais quand elles ont vu leurs compagnes sortir beaucoup plus vite de l'infirmerie, elles se sont sans grande difficulté rendues à l'évidence et ne redoutent plus qu'une chose maintenant, c'est une interruption dans leur traitement. Je fais les injections à l'hôpital tous les mardis. Quand elle se produit, c'est quarante-huit heures après la piqûre que la douleur commence et elle est à son apogée le troisième jour. Or, le vendredi, qui est précisément jour de visite générale, je saisis bien de temps à autre quelques signes de douleur chez les malades au moment où elles s'étendent sur le lit, mais comme je sais par l'infirmière que cela ne les empêche que bien rarement de courir, je suis en droit de penser que cet inconvénient n'occupe chez les syphilitiques de mon service qu'une place très secondaire.

A la ville, où j'ai pu suivre le malade de plus près, j'ai observé des cas tellement disparates que j'ai été bien longtemps avant de me faire une opinion sur les causes de cette douleur, encore n'est-elle pas aussi ferme que je le voudrais. Tandis qu'une dame du meilleur monde me déclarait que cela ne lui faisait pas manquer une valse, qu'elle s'était fait dix fois plus mal en se cognant contre un meuble, qu'un monsieur s'occupant d'agriculture et qui venait à Paris exprès, retournait et vaquait à ses affaires dans l'intervalle de deux piqûres, un homme encore jeune, il est vrai que c'était un médecin, accusait une douleur tellement violente qu'il était obligé de garder la chambre après la première et unique piqûre qu'il ait voulu recevoir. Bref, sur trois cents injections réparties dans ma clientèle à quarante malades, trois fois seulement j'ai dû m'arrêter à la première piqûre et en rester là pour cause de douleur, ce qui ferait sur quarante malades une moyenne d'environ 7 p. 100. Mais ceci est certainement exagéré et pour deux de ces trois malades, deux dames, je n'hésite pas à dire que la pusillanimité a eu la plus grande part à leur détermination; je n'en veux pour preuve que le fait suivant: Dernièrement un syphilitique m'est adressé pour que je lui fasse des injections intra-musculaires. La première piqûre est tellement douloureuse (au bout de quarante-huit heures) que lui, homme actif et énergique, resta couché trois jours. Il vient me retrouver au bout de la huitaine, et, pour des raisons

dont je parlerai plus loin, je remets à une autre huitaine la deuxième piqûre. Celle-ci est presque aussi douloureuse que la première, mais la troisième l'est infiniment moins. Si ce client avait ressemblé aux trois autres, nul doute qu'il n'eût grossi leur groupe d'une unité et peut-être avec plus de raison. Ceci m'amène à une observation assez curieuse. Je viens de dire que la troisième piqûre faite à ce malade tout en ayant été douloureuse, l'avait été moins que les deux premières. J'ai constaté ce fait plusieurs fois, mais l'inverse se rencontre aussi, et j'ai vu des sujets ayant supporté presque sans y penser deux ou trois reprises de quatre à cinq injections chacune, se plaindre tout à coup de piqûres faites plusieurs mois après les premières.

J'ai bien cherché quelle pouvait être la cause de ces différences sur le même individu, car ma technique était toujours la même, et voici à quoi je me suis arrêté :

On ne pouvait accuser la pénétration profonde de l'aiguille puisque j'ai souvent heurté l'os sans déterminer de douleurs ni d'accident. Cependant dans certains cas de varices profondes, par exemple, je conseillerai de moins enfoncer l'aiguille. — La lésion d'un filet nerveux, accident impossible à éviter et qui doit se rencontrer souvent, peut et doit être une cause fréquente de la douleur. — L'hyperesthésie qu'on rencontre chez l'homme comme chez la femme est un coefficient qu'il ne faut pas négliger. — La pénétration dans un ancien foyer peut encore être une cause de douleur. — Enfin, depuis deux ans, dans le but d'obtenir une résorption plus rapide, j'ai prié M. Vigier de modifier pour moi sa formule et d'y remplacer l'huile de vaseline par de l'huile d'olive stérilisée. Or je pensais que la modification avait été faite une fois pour toutes, c'est-à-dire aussi bien pour l'hôpital que pour ma clientèle. Il n'en était rien, et tandis que l'huile grise était fournie à Saint-Lazare suivant la formule Vigier, mes clients seuls la recevaient modifiée à l'huile d'olive et c'est précisément à la ville et dans ces derniers temps que j'ai observé le plus de douleur. Je n'ai pas eu le temps de faire une contre-épreuve, mais dès qu'elle sera faite, j'entreprendrai la Société du résultat qu'elle m'aura donné.

N'ayant jamais employé que l'huile grise, je n'ai pas d'expérience tirée de mes observations sur l'acuité comparative de la douleur causée par ce médicament ou par l'injection de calomel, mais j'ai eu maintes fois l'occasion de traiter, à Saint-Lazare, des femmes qui avaient subi dans d'autres hôpitaux des injections de calomel et toutes sans hésitation m'ont répondu qu'elles préféraient de beaucoup l'huile grise. Il est donc certain qu'il y a pour le premier de ces médicaments une réelle supériorité au point de vue douleur.

II. — *Abcès.* — Je n'en ai jamais eu qu'un seul et il s'est produit

à Saint-Lazare. Sa durée fut courte et n'interrompit pas le traitement. J'ai eu également une eschare à la suite d'une piqûre mal faite, c'est-à-dire superficielle. Une autre fois et toujours à Saint-Lazare, j'ai eu une ecchymose considérable. Ce que j'ai observé plus fréquemment, c'est-à-dire cinq fois, trois à Saint-Lazare et deux à la ville sur le même sujet, c'est un empâtement, une induration considérable avec rougeur des téguments, à tel point qu'on pouvait croire au début d'un vaste phlegmon. Il n'en était heureusement rien et en quinze jours au plus tout rentrait dans l'ordre. Deux fois cet accident s'est produit, comme je viens de le dire, chez un de mes clients, celui dont j'ai parlé plus haut et chez lequel la douleur avait été presque intolérable. La fesse était le siège, sur une étendue égale à celle de la main, d'une inflammation violente avec gonflement considérable, partant de la piqûre et s'étendant jusqu'à la dépression trochantérienne. La peau était rouge, violacée et la sensibilité rendait la station assise impossible sur cette fesse. Très inquiet de cet accident que je combattis par les moyens appropriés, je remis à huitaine la seconde injection. Lorsque je revis le malade à cette date, tout avait disparu et il fallait avoir vu pour croire à ce qui s'était passé. Je fis alors la seconde injection sur l'autre fesse et le même accident se reproduisit. J'attendis encore quinze jours pour faire la troisième piqûre que je fis dans la fesse gauche à côté de la première; seulement, cette fois, au lieu d'enfoncer l'aiguille jusqu'au bout, ce que je fais habituellement, je ne l'enfonçai que jusqu'au point où je crus avoir traversé l'aponévrose. Non seulement il ne se produisit pas d'accident, mais la douleur fut très minime. Il est probable que ce sujet bien musclé avait des varices profondes quoique n'en ayant pas de superficielles, et que l'injection ayant atteint ce lacis variqueux avait déterminé tous ces troubles. La troisième injection, ayant pénétré moins profondément, demeura inoffensive.

III. — *Embolies*. — Je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer. Cependant chez une femme de Saint-Lazare et chez un client de la ville, il s'est produit à plusieurs reprises, presque immédiatement après les injections, des accès de dyspnée assez inquiétants. La femme était une hystérique chez laquelle on observait le même phénomène quand la douche frappait par hasard en jet la colonne vertébrale; aussi je pense que c'est à un phénomène nerveux qu'on a eu affaire. Chez l'homme également très nerveux et perdant connaissance à la vue d'un davier, je pense également que le nervosisme seul doit être incriminé, car une injection d'éther remettait tout en ordre; mais j'ai noté ces faits à cause de leur bizarrerie et de la surprise désagréable qu'ils peuvent causer.

IV. — *Stomatite*. — 21 fois sur 600 malades, autrement dit 3,5 p. 100, j'ai observé 19 fois à Saint-Lazare et 2 fois à la ville, de la stomatite;

depuis la simple gengivite guérie en moins de huit jours (13 fois) jusqu'à la stomatite plus ou moins violente d'une durée de 15 jours à 6 semaines (8 fois). J'avoue que ce résultat a dépassé mes espérances.

Avec le traitement par les pilules, j'avais non pas 60 p. 100 comme me le fait dire une fautive d'impression dans le livre de M. Mauriac, mais 6 p. 100 de stomatites vraies. Or les dents des prostituées, surtout des insoumises et des filles de bas étage, sont souvent, je n'ai pas besoin de le dire, dans un état déplorable, et la gingivite chronique que présentent nombre d'entre elles, n'a besoin que de la cause la plus minime pour se modifier désavantageusement.

Nous avons maintenant à Saint-Lazare un dentiste bénévole qui veut bien une fois par semaine débarrasser de leurs racines et nettoyer ces bouches incorrectes, mais, néanmoins, je ne m'attendais pas, je l'avoue, à un aussi beau résultat; d'autant plus qu'en ne prenant que mes observations de clientèle, 2 cas sur 40 sujets, j'aurais été en droit de m'attendre à un bien plus mauvais pourcentage à l'hôpital. Il y a à cela une cause dont j'ai déjà fait ressortir l'importance au congrès de 1889. Les gens du monde ont généralement les dents bien tenues, mais comme ils évitent autant que possible de s'en faire enlever, ils ont, surtout après trente ans, les dents extrêmement serrées. J'insiste encore une fois sur ce point que je considère comme un facteur important dans la stomatite. Les deux cas, un homme et une femme, observés dans ma clientèle en sont une preuve. Leurs dents étaient en avant belles mais serrées, sur les côtés il existait soit des racines, soit des molaires en mauvais état. L'un avait quarante ans au moins, l'autre trente-six ans. A ces âges je n'espérais pas donner de la place par l'extraction des racines que la pusillanimité seule des sujets les empêchait de faire enlever; cependant quand chez chacun d'eux la stomatite débuta, je les déterminai à suivre enfin mon conseil et le peu de place que donna l'avulsion des mauvaises dents suffit à modifier presque immédiatement les accidents les plus importants, gonflement et sensibilité extrême des gencives. La stomatite dura encore un peu mais à un degré très supportable.

Pendant que je soumettais presque tous mes malades aux injections, une dame, infectée par son mari, vint me trouver et refusa ce mode de traitement. Je prescrivis une pilule de proto-iodure par jour, et après une semaine deux pilules. Le cinquième jour après cette modification dans le traitement, survint une stomatite très violente qui dura trois semaines. Dix-huit pilules de proto-iodure avaient suffi pour produire ce résultat.

Une femme entra à Saint-Lazare avec une syphilis au début, et une stomatite très accentuée. Elle était soignée par un pharmacien qui lui faisait prendre des pilules depuis un mois; je n'ai pu savoir quelles

étaient ces pilules. Quand la stomatite fut guérie je commençai les injections. J'en fis sept en deux reprises sans que la stomatite reparût.

V. — *Hautes doses.* — Quant aux accidents qui peuvent être déterminés par de fortes doses, j'ai toujours tout fait pour les éviter en n'injectant jamais plus de 3 gouttes et demie, soit 7 centigrammes de mercure métallique. Mais, une fois, j'oubliai de mettre le curseur au point voulu et, quand je m'en aperçus, j'avais injecté plus que la dose habituelle. En retirant la seringue et défalcant ce qui restait, j'estimai que j'avais injecté 10 gouttes, soit 20 centigrammes environ de mercure. C'était la quatrième injection que subissait cette fille. Quand je revins de vacances un mois après, il ne s'était produit aucun accident ni local, ni général. Je n'engage pourtant personne à renouveler l'expérience.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE. — Ils sont tels et ont tant de fois été énoncés, qu'on ne peut que s'exposer à des redites en les énumérant. 1° Sûreté absolue du traitement, laquelle n'existe pas avec les pilules, car les malades les plus sérieux, les plus disposés à se soigner, avouent toujours quelques irrégularités. C'est un dîner en ville, c'est une partie de campagne ou de chasse qui, de temps à autre, font oublier le remède. 2° Le secret, avantage qui a bien son importance pour beaucoup de malades et qui est complet ici puisque tout peut se passer uniquement dans le cabinet du médecin. Le malade en effet a toujours quarante-huit heures devant lui avant de s'apercevoir de sa piqûre, si tant est qu'il vienne à en souffrir, et comme cette douleur, sauf exception très rare, ne dure pas plus de deux jours, il est toujours en état de revenir à sa huitaine. 3° Intégrité absolue du tube digestif. 4° Enfin, action infiniment plus vive, et cela uniquement parce que les doses tolérées au moyen des injections intra-musculaires correspondent à des doses rarement employées par la méthode des pilules. En recherchant dans mes observations antérieures, j'ai trouvé un cas de syphilides tuberculeuses pour lequel j'avais dû prescrire trois pilules de sublimé par jour pendant un mois, succédant à quinze jours de traitement à deux pilules; un autre semblable, devant lequel avait échoué le proto-iodure poussé à quatre pilules pendant trois semaines; le traitement avait été interrompu par de la diarrhée et de la salivation et la lésion avait enfin cédé aux frictions mercurielles. Or un cas identique s'étant présenté à moi il y a deux ans, je fis quatre injections et, au moment de faire la quatrième, les syphilides qui recouvraient tout le scapulum s'étaient affaïssées et ne laissaient plus que des macules. Ainsi, en trois semaines et avec 20 centigrammes de mercure métallique, j'avais obtenu le même résultat qu'en six semaines avec 1 gr. 20 de sublimé.

Je crois donc être au-dessous de la vérité en disant : que les injections d'huile grise équivalent à une dose de préparations hydrar-

gyriques en pilules double des doses qu'on emploie communément, et cela en moitié moins de temps. Je ne prétends pas dire cependant que ce mode de traitement supprime la vérole, la volatilise, certes non et je demeure de plus en plus convaincu que les chancres traités même par les injections et qui ne sont jamais suivis d'accidents secondaires, ne sont pas des chancres; mais, à côté de cas plus ou moins rebelles, comme il y en aura toujours et à tous les traitements, on peut dire que les injections d'huile grise rencontrent infiniment moins de résistance que les anciennes méthodes, qu'elles laissent indemne le tube digestif et donnent, dans nombre de cas, des résultats vraiment merveilleux. C'est ainsi que j'ai vu se cicatriser en quinze jours un chancre de la lèvre inférieure, et on sait combien dure en général l'accident primitif situé en cet endroit : c'est ainsi que j'ai vu disparaître cette pigmentation du cou si rebelle à tout traitement ; c'est ainsi qu'une glossite avec ulcération profonde ayant résisté au thermo-cautère et reparaissant dès que l'usage des pilules était suspendu, a cédé à une seule piqûre. Deux autres ont été faites ensuite par précaution et je pense que le malade est en bon état, car je ne l'ai pas revu depuis deux mois; or cet accident durait depuis trois ans.

DIRECTION DU TRAITEMENT. DOSES. — J'emploie les injections d'huile grise suivant les règles que mon maître M. le professeur Fournier nous a enseignées pour donner le mercure, c'est-à-dire dès le début de la vérole, avec suspensions et reprises quoi qu'il arrive. A la ville, je fais en général trois à quatre reprises la première année, de quatre à cinq injections chacune suivant l'intensité des accidents. A Saint-Lazare, quand une ancienne syphilitique revient dans mon service pour une cause différente de la syphilis, je lui refais deux ou trois injections de précaution s'il y a plus de deux mois qu'elle en a reçues. Sur deux observations de clientèle que je peux considérer comme complètes ou à peu près, puisqu'elles datent de quatre ans et que les sujets que je vois de temps à autre se portent bien, je relève 35 injections en 11 reprises pour l'une et 31 injections en 9 reprises pour l'autre. Dose absorbée, 5 gr. 80 et 5 gr. 40 d'huile grise donnant en réalité 2 gr. 45 et 2 gr. 20 de mercure métallique. Il serait impossible de se douter que les fesses de ces deux sujets aient subi tant d'atteintes.

Pendant près de deux ans je faisais les injections toujours à la même dose, mais tous les dix jours seulement. Pour la commodité du service et des rendez-vous, je me suis mis à les faire hebdomadairement à l'hôpital et à la ville, mais dans la clientèle je reviens maintenant à la première méthode qui, somme toute, donne les mêmes résultats avec peut-être plus d'innocuité, et en tout cas permet de s'arrêter plus tôt s'il survient une stomatite.

Quant à la technique, je n'en parlerai pas, elle est sensiblement la même que celle de tous ceux qui emploient les injections intra-musculaires, et je renvoie pour les détails à la thèse de Thérault, qui l'a minutieusement décrite.

CONCLUSION. — D'après ce qui précède, je crois pouvoir conclure que les injections intra-musculaires d'huile grise constituent une méthode de choix pour le traitement des prostituées syphilitiques, et que vu la facilité, je dirai même l'empressement avec lesquels les malades de la ville acceptent de s'y soumettre, cette méthode deviendra dans un temps peu éloigné, quand on se sera familiarisé davantage avec elle, la méthode de choix pour la majorité des cas de syphilis où l'emploi du mercure sera indiqué.

M. FOURNIER. — Dans la communication qu'il vient de nous faire, M. Le Pileur rapporte qu'il a constaté la disparition de la syphilide pigmentaire du cou à la suite des injections d'huile grise. Quant à moi, je considère cette pigmentation comme indélébile, comme invincible. Je n'ai jamais obtenu ce résultat même après l'usage prolongé de doses massives de mercure.

M. LE PILEUR. — Je ne possède qu'une seule observation, mais elle est absolument probante. Dans ce cas, après huit mois de traitement et trois séries de piqûres, la syphilide pigmentaire était complètement effacée.

M. FOURNIER. — Ne s'agissait-il pas chez cette malade de macules pigmentaires, vestiges d'une éruption syphilitique ?

M. LE PILEUR. — En aucune façon, c'était une syphilide pigmentaire au sens propre du mot.

M. EUDLITZ. — Les injections de sozoiodolate de mercure sont très douloureuses. Or, un étudiant en médecine syphilitique et sujet à des attaques épileptiformes, que j'ai traité par ce médicament, ne ressentit jamais aucune douleur. La réaction individuelle est donc très variable suivant les sujets.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis partisan du traitement par l'huile grise. Les douleurs qui l'accompagnent sont peu intenses. Le principal inconvénient qu'il présente, c'est que les erreurs de dose sont possibles, ce qui n'arrive pas quand on emploie les injections de calomel. En ce qui concerne la douleur pour ces dernières, il y a des particularités singulières : elle ne se montre parfois qu'à la troisième ou quatrième piqûre.

M. LE PILEUR. — M. Barthélemy a raison. Il est difficile d'injecter exactement les trois gouttes et demie d'huile grise qui sont la dose usuelle. Mais je viens de faire construire une seringue en celluloïde qui permet un dosage rigoureux. La cause réelle des douleurs qui suivent les injections d'huile grise c'est, selon moi, l'emploi de l'huile d'olive comme excipient. Avec l'huile de vaseline, les douleurs sont très atténuées. Je m'explique ainsi comment mes malades de la ville ont beaucoup plus souffert que ceux de l'hôpital.

M. BAUDOUIN. — Il faut faire intervenir ici la susceptibilité nerveuse personnelle du malade. Chez certains sujets la plus petite érosion est des

plus douloureuses, comme c'est le cas par exemple pour la fissure anale tandis que chez d'autres elle passe presque inaperçue; d'autres sont peu sensibles.

M. HALLOPEAU. — Les erreurs de posologie sont fréquentes en ce qui concerne l'huile grise et peuvent entraîner les conséquences les plus graves. Je rappellerai que j'ai publié en 1888, l'histoire d'un malade à qui l'on avait pratiqué, dans une clinique ophtalmologique, cinq injections d'huile grise, les trois premières d'un centimètre cube, les deux dernières d'un demi-centimètre cube, et qui succomba au bout de quelques mois aux accidents d'hydrargyrisme. Les premières doses bien que les plus élevées, avaient été bien tolérées : sans doute le mercure s'était d'abord emmagasiné dans les tissus pour se résorber en masse ultérieurement.

M. FEULARD. — En ce qui concerne l'huile grise, je cherche avec M. Vigier une nouvelle formule. Si notre tentative réussit, on pourrait injecter sans inconvénient une demi-seringue ou même une seringue de ce nouveau mélange.

M. EUDLITZ. — Dans tous les cas mortels qui ont été publiés, il y a toujours eu erreur ou ignorance de la part du médecin. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, Smirnoff, à Helsingfors, eut à l'hôpital une série d'accidents, tandis qu'il n'observait rien de semblable en ville. La cause de ces mécomptes, en apparence inexplicables, tenait à ce que, le système métrique ayant été substitué récemment au système des poids et mesures usité jusqu'alors, le pharmacien de l'hôpital, encore peu familiarisé avec le nouveau mode d'évaluation, fournissait une huile grise contenant environ dix fois plus de mercure qu'elle n'aurait dû en contenir.

M. VERCHÈRE. — Tous les accidents qui ont été énumérés par M. Le Pileur sont assez graves. On peut en conclure que l'huile grise est passible de toutes les objections qui ont été adressées aux injections de calomel.

M. LE PILEUR. — Dans ma communication, j'ai surtout insisté sur les cas défavorables. J'ai donc poussé le tableau le plus possible au noir. Pourtant je n'ai observé la stomatite que dans 3 p. 100 des cas et cela sur un total de 600 cas environ. Chez une femme qui refusait le traitement par l'huile grise, je prescrivis des pilules mercurielles suivant la formule habituelle. Après la cinquième, la malade eut une stomatite intense. Pareil accident n'est pas rare non plus quand on emploie les frictions. Pour ce qui est de la douleur, j'ai plutôt exagéré. Le nombre des malades de la ville et de l'hôpital qui ne se sont jamais plaints est considérable.

M. ABADIE. — Je me propose de démontrer plus tard que si l'on veut substituer les injections à la médication interne dans le traitement de la syphilis, c'est aux sels solubles qu'il faut s'adresser.

M. DE BEURMANN. — En arrivant à Lourcine, j'ai fait environ 200 injections. J'avais alors plus fréquemment de la stomatite qu'actuellement avec deux pilules de Dupuytren, ce qui est une forte dose. Il faut aussi tenir compte de l'intensité de la stomatite : elle n'est jamais plus sévère qu'après l'emploi de l'huile grise. Enfin ce qui montre bien que les injections

sont mal supportées par les patients, c'est qu'ils demandent à quitter l'hôpital. Pourtant, dans les cas de syphilis grave, j'emploie les injections de sels solubles qui, tout en étant douloureuses, ont une grande efficacité. En pareil cas, la stomatite quand elle survient n'a pas la gravité de celle qui suit l'injection de préparations insolubles.

M. LE PILEUR. — Dans mon travail, j'ai cité 21 cas de stomatite. Quelques-uns n'ont pas duré plus de huit jours. Quant aux stomatites graves, je n'en ai pas observé un seul cas. Je demande à M. de Beurmann de nous fournir une statistique comparable à la mienne et portant sur 5 à 600 cas.

M. JULLIEN. — M. Le Pileur connaît-il des contre-indications à l'emploi de l'huile grise.

M. LE PILEUR. — Certainement. On doit les proscrire chez les variqueux, les sujets œdématisés ou cachectisés.

M. GASTOU. — Les injections mercurielles peuvent faire disparaître l'albuminurie, comme le prouvent certains faits que j'ai observés avec M. Cathelineau. La présence d'albumine n'est donc pas une contre-indication.

M. JACQUET. — Pour expliquer les faits auxquels vient de faire allusion M. Gastou, on peut supposer chez ces malades l'existence d'une néphrite d'origine syphilitique.

M. DE BEURMANN. — Je crois même que la constatation d'une néphrite indique l'emploi du calomel, car ce médicament n'agit pas seulement comme spécifique, mais aussi comme diurétique.

M. A. RENAULT. — Je désire attirer l'attention sur les stomatites tardives. J'en ai déjà cité un cas ici même. Trois semaines après une troisième injection d'huile grise, la malade était sortie blanchie de l'hôpital. Quinze jours après son exeat, elle revint avec une stomatite excessive. Le gonflement de la langue était si considérable que pendant huit jours l'asphyxie fut imminente. La stomatite causée par l'usage des sels solubles est plus bénigne et peut toujours être enrayée.

Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis. Des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise, et des indications générales de la méthode des préparations insolubles.

PAR M. GEORGES THIBIERGE.

La discussion que la Société a consacrée en août 1894 au traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, s'est ouverte par un rapport de notre collègue M. Auga-

gneur, qui résumait assez l'opinion générale des membres de la Société. Ce réquisitoire, un peu excessif dans ses conclusions, confondait dans une même réprobation toutes les injections mercurielles, qu'elles soient solubles ou insolubles, à quelque dose, par quelque procédé qu'elles soient faites et n'en admettait, comme à regret, la légitimité que dans des cas tout exceptionnels. Parmi les orateurs, qui ont succédé au rapporteur, les uns étaient favorables aux injections mercurielles ou au moins à certaines d'entre elles, c'étaient ceux des membres de la Société qui les avaient employées sur la plus large échelle; d'autres, qui semblaient la majorité, leur étaient hostiles.

Et cependant cette discussion a eu plutôt une issue favorable aux injections mercurielles. D'abord elle a mis en évidence, mieux que la lecture des nombreux travaux publiés sur cette question, la tendance à préférer aux injections de sels solubles, les injections de préparations insolubles; en outre, elle a pour une part aussi incité quelques-uns d'entre nous à expérimenter cette méthode dont je m'applaudis d'avoir été alors le défenseur avec nos collègues Balzer, Jullien, Barthélemy.

Aujourd'hui, la discussion s'engage, semble-t-il, dans des conditions toutes différentes: depuis dix-huit mois des opinions intransigeantes se sont modifiées. Les escarmouches qui ont précédé cette discussion, je veux dire la communication de M. Feulard, les paroles échangées à la suite de cette communication et de celles de MM. Fournier et Verchère, dénotent un courant en faveur de cette méthode de mercurialisation.

Les essais que j'ai poursuivis depuis la discussion d'août 1894 m'ont confirmé dans mon jugement primitif sur la valeur des injections mercurielles insolubles (1); elles m'ont permis de fixer plus nettement mon opinion sur leurs indications et leur valeur thérapeutique.

Je laisserai complètement de côté les injections mercurielles solubles; leur procès me paraît jugé malgré les tentatives récentes pour réacclimater en Allemagne les injections massives de sublimé et la bonne réputation que conservent encore auprès de quelques médecins italiens, les injections intraveineuses de sublimé, méthode laborieuse, quelque peu dangereuse et fugace dans la durée de ses effets curatifs.

Certes, à première vue, il semble singulier, bizarre même, lorsqu'on peut introduire dans l'organisme un médicament soluble, immédiatement utilisable sans aucune réaction chimique intermédiaire, d'aller chercher une forme sous laquelle ce même médicament est insoluble, et nécessite pour agir une série de transformations chimiques, peut-

(1) J'avais fait en août 1894 environ 200 injections de préparations insolubles; à l'heure actuelle, j'arrive à un total d'environ 400 injections.

être contingentes, peut-être aussi diversement rapides et diversement intenses suivant les sujets et leur propre chimisme organique.

Et cependant, en pratique, les injections insolubles sont de beaucoup préférables aux injections solubles; moins douloureuses d'une façon générale, elles ont surtout l'avantage de ne pas astreindre les malades à subir quotidiennement, ou au moins tri-hebdomadairement, une opération dont la répétition est gênante, monotone, parfois trop nettement révélatrice, en même temps qu'onéreuse.

Sur ce point, l'accord est fait, ou bien près de l'être; il est inutile d'épiloguer plus longuement.

De même, pour qui veut regarder les choses de près et sans parti pris, pour qui envisage les injections mercurielles insolubles comme on les pratique actuellement, ou du moins comme on doit les pratiquer actuellement, il n'y a plus à parler de leurs dangers, naguère réputés si redoutables: ils appartenaient à la période initiale — ou pour mieux dire fabuleuse, car cette dénomination peut seule caractériser les doses alors employées — de l'histoire de cette méthode. Aujourd'hui, on ne voit plus ni ces stomatites violentes, ni ces phénomènes graves d'hydrargyrie qui obligeaient à aller, le bistouri à la main, arracher aux tissus l'approvisionnement mercuriel qu'on leur avait confié, ni ces abcès étendus qu'on redoutait tant (1).

Plus discutable paraît être la question du choix de la préparation à injecter.

Il semblerait, à lire les auteurs et à entendre nos discussions, qu'une seule et même préparation puisse convenir à tous les cas, que chacun puisse, suivant ses préférences, adopter pour sa pratique personnelle une formule *ne varietur*. Deux camps se dessinent: celui des partisans du calomel et celui des partisans de l'huile grise. Ces deux préparations résument à elles deux les avantages particuliers des diverses préparations insolubles en usage; mais l'emploi exclusif de l'une d'elles nous semble abusif et ne permet pas de tirer de la méthode des injections mercurielles insolubles le maximum d'effets utiles dont elle est susceptible.

Les injections de calomel ont aujourd'hui leur réputation faite, bien et dûment faite: aucun agent de l'hypodermie anti-syphilitique n'a une efficacité plus constante et plus rapide; grâce à elles, on peut juguler à bref délai une manifestation syphilitique si grave, si ancienne, si rebelle soit-elle, on peut juger en quelques jours un dia-

(1) Sur le nombre total d'injections que j'ai faites, j'ai observé 3 abcès: deux sont signalés dans la communication d'août 1894, il sera question de l'autre plus loin; sauf un cas dont j'ai fait mention en 1894, je n'ai pas observé de stomatite ayant quelque importance. Quant aux nodules qui succèdent aux injections, ils en sont une conséquence sans doute inévitable, mais ne méritent nullement le nom de complication.

gnostic incertain. Il n'y a aucune hésitation sur ce point, et s'il en était besoin je n'aurais, pour résumer mon expérience personnelle, qu'à répéter ce que notre collègue Jullien a dit ici à plusieurs reprises et avec tant de conviction.

Mais les injections de calomel ont deux inconvénients, non moins incontestables que leurs avantages : elles exposent plus que les autres injections insolubles, et au même titre que les autres modes d'administration du calomel, à des stomatites graves ; en outre, elles sont sensiblement plus douloureuses que les autres injections insolubles, à telle enseigne que la plupart des médecins qui emploient les injections de calomel se refusent à considérer les injections de préparations insolubles comme d'un emploi facile dans la pratique courante, comme un traitement ambulatoire. M. Feulard a montré qu'avec des précautions minutieuses on restreignait la douleur consécutive aux injections de calomel : il n'en est pas moins vrai qu'elles restent, à ce point de vue, bien inférieures aux injections d'huile grise.

L'huile grise, est en effet, de l'avis unanime des médecins qui l'ont expérimentée, la préparation qui est le mieux supportée par les tissus et qui provoque le moins de douleur — je ne parle bien entendu pas ici de la douleur immédiate, qui est toujours négligeable, mais de la douleur qui survient quelques jours après l'injection. — A la condition d'avoir une préparation soigneusement exécutée, dans laquelle n'entrent que des produits stérilisés et des matières grasses d'origine minérale (vaseline et huile de vaseline), à la condition également que l'huile grise n'ait pas plus de 4 à 5 semaines de préparation (1) et ait été conservée aseptiquement, la douleur est le plus souvent nulle, toujours supportable, n'entrave pour ainsi dire jamais l'existence du malade.

Un malade que j'ai traité pour des lésions graves de la muqueuse buccale continuait à mener une existence très active, montant chaque jour 60 à 80 étages, sans être nullement incommodé. Un de mes malades de la ville, dans l'intervalle de deux injections, se rendit à une partie de chasse, au cours de laquelle il ne se montra pas le moins intrépide et ne ressentit pas la moindre gêne. Un autre, deux jours après une injection, fit sans en éprouver aucune douleur, le voyage de Paris à Bucarest : c'est un syphilitique tertiaire qui a suivi dans les grandes capitales de l'Europe et dans divers thermes les traitements

(1) Dans les diverses séries d'injections que j'ai faites avec des huiles grises de provenance et de composition différentes, j'ai noté des inégalités dans la réaction douloureuse : la formule que je dois à M. Milliet (*Annales de Dermatologie*, 1894, p. 943), et qui est une modification de celles de Neisser et de M. Beausse, m'a toujours fourni une huile grise parfaitement supportée par les tissus. Lorsque, chez deux ou trois malades, une huile grise a provoqué des douleurs tant soit peu intenses, il faut en abandonner l'emploi et se procurer une préparation neuve.

les plus variés, frictions, pilules, injections de sublimé ; aux premières il n'a pu pardonner leur malpropreté, aux secondes il reproche non sans raison d'avoir aggravé les troubles digestifs dont il souffre depuis longtemps, les dernières lui ont laissé un souvenir si cuisant que la seule pensée de recourir à une nouvelle médication hypodermique lui causa une véritable terreur ; huit jours plus tard, il revenait me voir, tant étonné de n'avoir éprouvé aucune douleur, aucune gêne, et il en fut ainsi aux cinq injections que je lui ai faites jusqu'ici (1).

Que les injections d'huile grise soient moins rapidement, moins brusquement efficaces que les injections de calomel, cela est indiscutable. Mais est-il nécessaire, dans l'immense majorité des cas de syphilis, d'arriver à une telle promptitude de diagnostic ou de guérison ? Très évidemment non : à part de rares exceptions, on peut faire au traitement un crédit de quelques jours, qui suffisent à l'huile grise pour produire l'effet voulu, et cela plus rapidement encore et plus sûrement que les diverses médications internes.

Lorsque les lésions syphilitiques siègent en une région ou en un organe important, ou lorsqu'il y a nécessité de fournir à bref délai un diagnostic ferme et sans appel, en un mot toutes les fois qu'il faut agir *cito*, les injections de calomel sont indiquées ; en toute autre circonstance, les injections d'huile grise permettront d'obtenir la guérison *tuto et jucunde*.

Alors même qu'une circonstance spéciale implique la nécessité des injections de calomel, il n'y a presque jamais lieu de conserver au traitement toute son activité et toute son intensité jusqu'à disparition complète des lésions : une fois la rétrocession commencée et constatée, le péril est conjuré si péril y avait, le diagnostic est éclairé s'il était obscur ; la méthode de force peut céder le pas aux méthodes de douceur : après une ou deux injections de calomel, on peut, on doit revenir aux injections d'huile grise ; elles suffiront à tenir l'économie sous l'influence du mercure et à assurer une guérison à laquelle le calomel a donné le branle.

C'est là la règle que j'ai suivie jusqu'ici : je ne sais si elle a été nettement formulée par d'autres ; ce que je sais, c'est que je n'ai jamais eu à m'en repentir ; jamais, après avoir commencé la série des injections d'huile grise, je n'ai trouvé d'indications à en venir aux injections de calomel.

Les injections de préparations mercurielles insolubles peuvent être

(1) Accessoirement l'huile grise a l'avantage de pouvoir être préparée à l'avance, alors que l'huile au calomel doit être de préparation récente. En outre, elle reste plus homogène que l'injection de calomel, ce qui assure un dosage plus rigoureux.

On a reproché à l'huile grise de s'injecter par gouttes, ce qui nécessite plus d'attention que pour le calomel qui s'injecte à pleine seringue : c'est là véritablement un argument enfantin.

faites à tout âge : un enfant de six semaines, qu'un abcès dû certainement à l'emploi de l'emplâtre de Vigo pour obtenir l'orifice de la piqure ; cet emplâtre avait provoqué la formation d'une large phlyctène qui s'est infectée et a infecté par continuité le trajet de l'injection, a supporté sans autre inconvénient les deux injections que je lui ai faites, l'une de deux vingtièmes de centimètre cube d'huile grise, l'autre de un vingtième, et, sous leur influence, les lésions cutanées généralisées d'hérédosyphilis ont disparu en peu de jours. Chez des sujets âgés, je n'en ai vu aucun dommage malgré le mauvais état de leurs artères.

L'existence d'une gingivite, le mauvais état de la dentition sont, à moins d'urgence absolue, des contre-indications évidentes au traitement intensif par les injections insolubles. L'existence de l'albuminurie doit également en faire rejeter l'emploi : on peut se demander cependant si elle constitue une contre-indication formelle et constante et si l'albuminurie due à une lésion rénale d'origine syphilitique n'autoriserait pas l'usage des injections insolubles.

Mais dans quelles circonstances doit-on ou peut-on recourir aux injections de préparations mercurielles insolubles ?

Et d'abord est-il des circonstances où on doive y recourir de préférence à tout autre mode de mercurialisation ?

Sur ce point, la réponse ne saurait être douteuse : l'expérience a démontré, même aux esprits les plus prévenus, l'incomparable activité des injections insolubles. Or il est des cas où on doit, sous peine de méconnaître une obligation formelle, employer le traitement le plus sûrement et le plus rapidement efficace. En présence de localisations compromettant l'existence ou des fonctions importantes, comme un syphilome cérébral ou spinal, voire même une lésion oculaire grave, les injections doivent remplacer l'antique cure par les frictions, héroïque parfois, insuffisante souvent, malpropre et répugnante toujours. D'autre part, dans les lésions dont le diagnostic ambigu entre la syphilis et une affection nécessitant rapidement une intervention chirurgicale, doit être établi d'urgence, les injections insolubles, comme nous le faisait remarquer M. Besnier, se présentent comme la méthode la plus rapide, la plus impeccable, mettant à l'abri des erreurs involontaires et parfois de l'indifférence ou de la mauvaise volonté du patient.

Dans ces cas, l'hésitation ne semble plus guère permise.

De même, dans ces faits, qui ne sont pas absolument exceptionnels, où des manifestations syphilitiques récidivent indéfiniment, malgré l'emploi judicieux et persévérant des moyens habituels de mercurialisation, ou résistent au traitement. L'un des plus remarquables exemples que l'on puisse citer à ce sujet est celui d'une malade dont l'observation a été signalée déjà, ici, à plusieurs reprises, que mon

maître, M. Besnier avait pendant quatorze ans soumise aux traitements les plus divers sans venir à bout de lésions péri-buccales, lesquelles constamment récidivaient quelques jours après la cessation du traitement; or depuis vingt mois, à la suite d'une série d'injections d'huile grise, elle ne présente plus aucune manifestation syphilitique.

Un de mes malades de la ville, porteur d'hyperostoses crâniennes, a subi toute la série des traitements mercuriels intus et extra sans amélioration notable; il ne pouvait passer une journée sans ingérer 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium, sous peine de voir reparaître de violentes douleurs céphaliques; depuis que j'ai commencé le traitement par les injections d'huile grise, il ne prend plus d'iodure, l'éprouve plus de douleurs, ses hyperostoses ont diminué dans des proportions considérables.

Les indications précédentes dérivent de l'incomparable activité thérapeutique des injections insolubles: elles ne sont pas la conséquence du fait lui-même de l'introduction du mercure par la voie hypodermique.

D'autres fois, la méthode tire son utilité précisément du mode de pénétration du médicament.

Sans parler des malades chez lesquels pour une raison quelconque, le plus souvent d'ordre extra-médical, il est nécessaire de s'assurer que le mercure a réellement été introduit dans l'organisme, malades pour lesquels les injections mercurielles en général semblent avoir été spécialement imaginées, sans parler, dis-je, de ces irréguliers de la thérapeutique, il est une catégorie importante de sujets chez lesquels la voie la plus ordinaire de mercurialisation est impraticable, ce sont tous les syphilitiques dont, pour une raison ou une autre, le tube digestif veut ou doit être ménagé: chez les dyspeptiques de divers ordres, chez les tuberculeux dont l'estomac est à certains égards un *noli me tangere*, chez les blennorrhagiques dont on ne peut surcharger les voies digestives à la fois de balsamiques et de mercure, la voie dermique est la plus fréquemment utilisée pour le traitement hydrargyrique. Combien préférables aux frictions avec l'onguent gris leur paraissent les injections insolubles! avec celles-ci ils évitent un traitement malpropre, exigeant chaque jour bien près d'une heure de soins, souillant leur linge de marques parfois compromettantes: si le médecin ne peut, en pareil cas, imposer les injections, il peut les conseiller, il doit les pratiquer si le patient les réclame.

Mais peut-il aller plus loin? Peut-il appliquer indifféremment, sauf les cas de contre-indications, les injections insolubles, à tous les cas de syphilis, même légers, même vulgaires? L'innocuité de ces injections, à condition qu'elles soient faites avec la prudence voulue, avec les précautions nécessaires, ne nous laisse aucune hésitation sur ce point. Tant que la méthode des injections insolubles a été une

méthode dangereuse, elle n'était applicable qu'aux syphilis graves, qu'à certains cas bien spécifiés. Aujourd'hui où la technique en usage l'a rendue aussi inoffensive qu'elle est active, il n'y a plus de raisons pour en refuser le bénéfice aux malades qui la réclament ou qui, dûment et complètement instruits de ses avantages et de ses inconvénients, demandent à s'y soumettre : pourquoi forcer un malade à ingérer de la liqueur de Van Swieten qui lui répugne ou des pilules qu'il craint de laisser égarer, quand il peut se traiter aussi complètement et sans plus de risques par des injections peu nombreuses, peu douloureuses, auxquelles il se soumet volontiers.

Certes, la méthode des injections insolubles ne détrônera pas de longtemps les autres méthodes du traitement hydrargyrique; si elle se substitue avantageusement aux frictions, elle ne peut remplacer la mercurialisation par la voie gastrique; mais ses indications, naguère exceptionnelles, deviendront de plus en plus nombreuses, et ses avantages, si éclatants dans certains cas, en font dès maintenant une des meilleures méthodes de mercurialisation; je devrais dire la meilleure, puisqu'elle possède au plus haut degré les trois qualités primordiales d'une méthode thérapeutique : la certitude, l'intensité et la rapidité d'action curative.

M. VERCHÈRE. — Suivant M. Thibierge, la pratique des injections doit-elle être appliquée indifféremment dans tous les cas? Est-ce une méthode d'exception ou une méthode courante?

M. THIBIERGE. — Assurément, on peut employer cette méthode dans tous les cas; ce n'est donc pas une méthode d'exception. Je ne saurais mieux en comparer les indications qu'à celles de la thoracentèse dans les pleurésies : il est des cas où la ponction s'impose par la gravité des symptômes; il en est d'autres où elle peut être remplacée par d'autres méthodes thérapeutiques; le malade n'en guérira pas moins, mais guérira plus lentement; le choix du traitement est alors variable suivant le tempérament du médecin. De même que dans les cas de pleurésie je préfère ponctionner, de même dans les cas bénins de syphilis je préfère, à moins de contre-indications, recourir aux injections insolubles.

M. GASTOU. — En présence d'un chancre manifestement induré, l'usage des injections est-il de rigueur?

M. LE PILEUR. — Je pense qu'il faut consulter le malade à ce sujet.

M. FOURNIER. — Ceci est inadmissible. Le médecin doit rester seul juge de l'opportunité de tel ou tel traitement.

M. MAURIAC. — Chez un malade qui avait été longtemps traité sans accidents par la médication interne et les frictions, j'ai fait trois injections de calomel. Après la dernière, apparut une stomatite épouvantable, puis les membres devinrent très douloureux, les masses musculaires s'atro-

phèrent et à l'heure actuelle la cachexie est si profonde que la fin est prochaine.

Ce traitement intensif et dangereux n'a pas pourtant prévenu le retour des manifestations syphilitiques. Dans les syphilis graves, la méthode ordinaire suffit amplement ; chez un malade atteint de syphilose grave anogénitale, j'ai obtenu un résultat surprenant par la méthode stomacale combinée avec les frictions. Sur 100 cas de syphilis, il n'y en a certainement pas un qui nécessite le traitement par les injections.

M. FOURNIER. — Telle méthode qui réussit chez un malade peut être inefficace chez un autre. Il faut donc rechercher quelle est la méthode la mieux appropriée à chaque sujet. Sur un malade dont M. Thibierge vient de rapporter l'histoire, l'huile grise a fait merveille. Depuis 16 à 18 ans, cet homme avait constamment de la céphalée et des exostoses du crâne. A Aix-la-Chapelle, on lui avait fait sans succès 100 injections qui avaient été horriblement douloureuses. Je n'avais obtenu qu'un maigre résultat par la méthode ordinaire. Ce malade n'avait donc retiré aucun bénéfice sérieux de ces divers traitements, quand il eut la bonne fortune de rencontrer M. Thibierge. Les injections d'huile grise firent disparaître rapidement les douleurs et les exostoses. Ce résultat se maintenait depuis vingt mois et la guérison paraissait donc être durable quand des exostoses du volume d'un demi-abricot ont reparu il y a quatre jours. Ce retour offensif montre qu'on n'est pas à l'abri des récides et qu'il ne faut jamais en pareil cas croire à une guérison durable.

M. THIBIERGE. — Je suis absolument de l'avis de M. Fournier. Aussi ai-je dit que le malade en question avait été jusqu'ici amélioré et non pas guéri.

M. EUDLITZ. — Toutes les méthodes ont donné des succès remarquables. J'en ai rapporté un cas après l'emploi du sozoiodolate de mercure. Ce même médicament a complètement échoué sur un malade du service de M. Fournier.

M. GALEZOWSKI. — La choroïdite syphilitique résiste à tous les traitements ; médication interne, frictions mercurielles faites pendant un temps trop court, injections, etc. Mais la syphilis oculaire rétrocede et sans retour quand on prescrit l'usage continu des frictions, à la dose de 2 gr. par jour, pendant deux ans environ. Quand le malade se croit guéri, il ne faut pas interrompre les frictions. Elles ne doivent être suspendues que lorsqu'il n'existe plus de flocons dans le corps vitré.

M. DU CASTEL. — Après avoir essayé un insuccès avec les injections d'huile grise dans un cas syphilis héréditaire, j'ai obtenu une amélioration notable par les frictions mercurielles.

Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis.

Par le Dr LOUIS JULLIEN.

Nul doute que l'appel de Scarenzio et de Smirnof ne soit entendu ; si ce n'est aujourd'hui, car on n'aime guère en France à changer ses habitudes, ce sera demain, car à la fin la voix sincère d'un chercheur finit toujours par se faire écouter. (Quelques mots sur les injections de calomel dans le traitement de la syphilis par le Dr L. JULLIEN. *Annales de la Dermatologie*, 1884, p. 77.)

L'agitation qui se produit aujourd'hui en faveur des injections de calomel est un de ces heureux revirements qui prouvent qu'en science une bonne cause n'est jamais perdue. Vieux de trente ans chez nos voisins, ce progrès fait antichambre depuis plus de dix ans à Paris, et il n'y a pas 20 mois, que rejetant toutes mes conclusions, la Société de dermatologie condamnait rigoureusement la méthode, son fondateur et leur apologiste. Quel chemin parcouru depuis, grâce aux communications de MM. Thibierge, Blondel, Morel-Lavallée, Mendel, Barthélemy et l'eulard ! Ce puissant moyen ne pouvait se réclamer que de la pratique, et le déni de justice devait durer autant que le déni d'expérience. Du jour où les réfractaires consentiraient à injecter le calomel, leur scepticisme devait tomber, c'est ce qui est arrivé. C'est donc avec la confiance d'être mieux écouté que naguère, que je viens répéter aujourd'hui mes arguments, montrer pourquoi ayant essayé les injections, je leur reste fidèle, sans leur sacrifier aucun de nos moyens classiques, estimant que l'on n'est jamais trop armé dans le long combat contre la syphilis.

L'absorption cutanée des médicaments réalise deux conditions importantes : la préservation du foie et la préservation de la muqueuse gastro-intestinale. En 1889 j'appelai l'attention sur la fréquence de la dilatation de l'estomac chez les vieux syphilitiques, et fis voir les liens qui rattachaient l'état de la muqueuse gastrique aux lésions de structure du foie, cirrhose commençante ou précirrhose de Glénard, susceptible de constituer à côté de la neurasthénie gastrique, une véritable neurasthénie hépatique, variétés éventuelles de la neurasthénie syphilitique, sur laquelle M. le Professeur Fournier devait, quelques années plus tard, appeler si vivement l'attention. Peu après, Houliky-Bey faisait remarquer que l'injection jetait immédiatement l'agent actif dans le torrent sanguin, au lieu que cheminant à travers l'intestin il lui faut pénétrer dans les petite et grande mésentériques, et traverser la veine porte pour arriver au foie dont la fonction est de retenir la plupart des métaux. Le mercure prépare les altérations du foie, et le foie atténue l'action du mercure, la méthode hypodermique.

pare donc ici à un double inconvénient. Pour ce qui est de l'intestin, Liebreich et Cesena ont montré la pullulation microbienne à la surface de la muqueuse digestive comme conséquence de l'hyperhémie et des hémorrhagies des ulcérations et des nécroses, produites à la longue par le sublimé, et cette observation a été plus récemment confirmée par Pilliet, dont les recherches anatomo-pathologiques expérimentales ont été exposées dans la thèse de Letoux (1893) sur les lésions dans l'intoxication mercurielle. Il y a donc un intérêt primordial à utiliser une méthode dont l'action s'exerce en dehors, et le plus loin possible de ce tégument gastro-entérique si menacé et d'une si importante conservation.

Ce principe posé, pourquoi choisir le calomel, un sel insoluble ? Sur ce point, il se peut que la théorie reste hésitante, mais voici ce que répond l'expérience. Scarenzio avait constaté dès le début de ses essais que les sécrétions des malades soumis à ses injections ne tardaient pas à donner la réaction du mercure. Multipliant les analyses, Nicolich (de Trieste) a pu établir que l'on pouvait déceler le mercure dans l'urine deux ou trois heures, et dans la salive quatre ou cinq heures après l'injection. L'élimination se prolonge ainsi pendant des semaines et même des mois. A l'appui de cette dernière assertion, je rappellerai que dans un foyer d'injection calomélique que j'avais pratiquée dix-huit mois avant chez un lapin, M. F. Vigier a pu déceler de très évidentes traces de mercure. Aucune méthode n'assure une telle persistance des effets. Par l'injection intra-veineuse de sublimé, telle que l'a conseillée Baccelli, on a, il est vrai, une plus hâtive absorption, puisque la réaction se montre dans l'urine au bout de 40 à 50 minutes, et dans la salive au bout d'une ou deux heures, mais l'imprégnation est fugace et cesse complètement vers le cinquième ou sixième jour (Colombini).

L'idée première qui avait guidé le professeur de Pavie reste donc absolument vraie. La petite masse de protochlorure se transforme lentement en sublimé sous l'influence des chlorures sanguins. De Michele a pu retrouver le sel soluble à l'état naissant dans la périphérie du foyer, c'est une opération chimique dont l'organisme est témoin, et cela est tellement vrai, qu'elle peut subir l'influence de tel autre agent chimique. C'est ainsi que de Michele, Nicolich ont pu reconnaître qu'elle est activée par l'action simultanée de l'iodure de potassium, et recommander par prudence de diminuer considérablement les doses du sel injecté en pareil cas.

Abordons les arguments mis en avant par les adversaires de la méthode. On a parlé de la *douleur*, et ce serait puéril de la nier. Elle est bien rarement immédiate, mais on conçoit cependant que la petite opération puisse intéresser tel filet nerveux, et s'accompagner d'un engourdissement plus ou moins durable, plus ou moins localisé.

En général la sensibilité s'éveille vers le troisième jour, et s'accompagne ou non d'un certain gonflement. Mais cette douleur même est tolérable ; à côté d'un malade forcé à un repos momentané, combien n'en voyons-nous pas continuer leur existence active de travail ou de plaisir, sans en éprouver d'inconvénient. Il y a cependant, pourquoi ne pas le reconnaître, des sujets qui sont réfractaires à ce mode de traitement. En une douzaine d'années, j'ai souvenance d'en avoir rencontré deux chez lesquels la douleur et le gonflement de la région atteignirent un degré difficilement supportable. Une tentative renouvelée n'ayant pas été plus heureuse que la première, contrairement à ce que nous voyons le plus souvent, j'ai eu recours aux autres médications. On a recommandé contre la douleur nombre de moyens, sans en excepter la cocaïne ; le repos et les cataplasmes frais à l'eau boriquée m'ont toujours paru suffire.

La *stomatite*, voilà l'objection sur laquelle on revient toujours. Nier la stomatite serait dire que le calomel ne contient pas de mercure. Toutes les fois que nous prescrivons le métal, nous savons que la muqueuse buccale court certains risques, nos injections ne sauraient avoir la prétention de la mettre hors de cause. Mais ce que j'ai soutenu, ce que je soutiens encore, d'accord avec tous ceux qui, ayant une grande habitude des divers modes de mercurisation, voudront se donner la peine de comparer, c'est que cet accident est infiniment rare à la suite de nos interventions, et je ne parle pas seulement de la stomatite, mais de la simple gingivite, incomparablement plus fréquente par le proto-iodure, et surtout l'onguent en frictions.

Un seul cas de stomatite grave, et qui m'a donné des inquiétudes, s'est offert à mon observation ; c'était chez une femme de Saint-Lazare, épileptique et malade, à laquelle j'avais injecté 10 centigr. de calomel ; elle guérit du reste très bien. Veut-on un frappant exemple : un jeune homme reçoit une série d'injections dont la dernière à la date du 19 avril 1887 ; pas de gingivite. Mais en août il fait 3 frictions d'onguent napolitain pour des pédiculi, et en décembre il souffre de salivation avec tuméfaction gingivale ; l'hésitation est permise, mais j'estime avec toute vraisemblance que les frictions seules doivent être incriminées. Il va sans dire qu'il faut être grandement attentif pour se mettre à l'abri de cette complication, car je dis qu'elle est non pas impossible, mais évitable. La plus importante précaution, est de n'admettre au bénéfice de l'injection que les sujets doués d'une muqueuse buccale propre, d'éliminer ceux dont les dents sont des foyers d'infection, dont les gencives corrodées par le tarte sont ulcérées et suppurantes.

Est-il nécessaire de discuter l'objection tirée des abcès, quand il est patent que chaque jour elle perd de sa valeur. Remontons à l'origine, en 1864, et nous verrons la suppuration inévitable ; autant d'in-

jections, autant d'abcès, et cependant la méthode est bienfaisante et se répand peu à peu. Mais voici l'antisepsie, et avec Smirnoff qui l'applique aussitôt, la méthode italienne va prendre un nouvel essor. Progressivement s'abaisse le pourcentage de ses suppurations qui tombent à 80, 60, 40, 25 p. 100, et finalement ne se voient pour ainsi dire plus aujourd'hui. Encore, si l'accident vient à se produire, est-il généralement de minime importance : un foyer de ramollissement, gros comme une noix fait saillie et s'ouvre par un petit orifice d'où s'écoule un contenu sanguinolent, pus et sang, qui ne tarde pas à se tarir. Plus fréquents sont les *nodus*, qui marquent souvent pour un temps plus ou moins long la place des injections, mais ils ne sont pas douloureux et les patients ne s'en inquiètent guère. J'ai eu récemment l'occasion de faire une constatation qui ne me semble pas dépourvue d'intérêt. Une malade qui par caprice avait quitté mon service en pleine syphilis cérébrale, y rentra pour y mourir d'une gomme qui avait détruit presque entièrement la première circonvolution frontale gauche. A l'autopsie, je cherchai la place des injections que j'avais pratiquées trois mois auparavant, et à côté de *nodus* scléreux je rencontrai dans la profondeur de la fesse gauche une petite collection. Un liquide crémeux était contenu dans une poche bien limitée, logée au milieu des fibres musculaires, et tapissée intérieurement par une paroi lisse semblable à une muqueuse, sans aucune trace d'inflammation à la périphérie. Au microscope le liquide était composé de granulations grasses, avec quelques rares leucocytes qu'englobaient des débris de fibrine. Je confiai la paroi à M. Pilliet, l'éminent histologiste, qui en reconnut la nature particulière : cela se rapproche, à son avis, de certains hématomes ne déterminant pas des abcès vrais, mais des *épanchements huileux*, selon l'ancien langage.

Au surplus, voici la note que je dois à son obligeance. Les fragments de muscles sont creusés de cavités légèrement anfractueuses, que tapisse une paroi villosité, mince et grisâtre, sous laquelle on distingue la couleur du muscle sous-jacent. Les coupes pratiquées au niveau de la cavité permettent de distinguer quatre zones distinctes, en allant de dehors en dedans.

Première zone. — L'*aponévrose* qui limite le muscle en dehors est amincie et un peu déchiquetée sur ses bords, mais forme encore une bande continue.

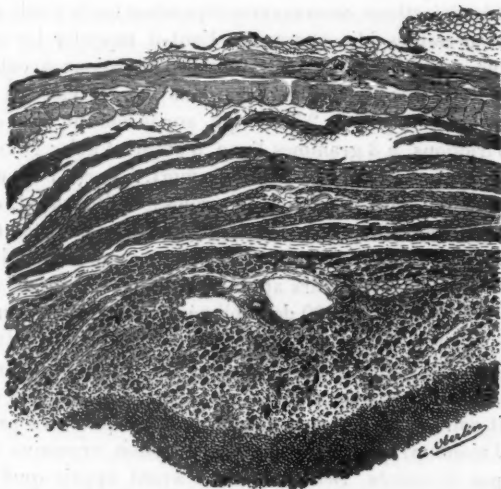
Deuxième zone. — Au-dessous se trouve une nappe de muscle strié, dont les faisceaux sont petits, entourés de grandes zones de tissu conjonctif scléreux, et dans ce tissu l'on rencontre les vaisseaux veineux et lymphatiques béants, très largement dilatés.

Troisième zone. — Dans cette couche le tissu conjonctif est infiltré de petites cellules rondes, et a pris l'aspect d'un véritable tissu de bourgeons charnus. Il englobe les faisceaux musculaires épars, dis-

sociés, considérablement diminués d'épaisseur. Beaucoup sont réduits à l'épaisseur de fibres musculaires lisses, leurs noyaux sont proliférés.

Quatrième zone. — Enfin la zone la plus interne est constituée par une couche friable de leucocytes à demi mortifiés, qui proviennent de la gaine et de la lumière des vaisseaux de la couche précédente; c'est simplement une nappe de pus appliqué sur la couche pyogène.

En résumé, l'aspect est celui d'un abcès de moyenne intensité, devant fournir plutôt un liquide huileux, ou séreux et louche, que du pus phlegmoneux ordinaire.



Couche de la paroi d'une cavité intra-musculaire (préparation de M. PILLIET).

On distingue de dehors en dedans l'aponévrose, une nappe musculaire en voie d'atrophie, la couche de bourgeons charnus englobant des fibres musculaires atrophiques, et enfin la couche de pus superficielle qui est très mince.

Quant au liquide, il fut examiné avec le plus grand soin par M. Girard, dont la compétence chimique est indiscutable, et à notre grande surprise, l'analyse ne décéla pas la moindre trace de mercure. Je ne me dissimule pas que ce fait est en contradiction avec les idées courantes. Car, sans parler de mon lapin, Frolov n'a-t-il pas rencontré au bout de trois ans et demi des nodules suintants, à réaction mercurielle, sans que les urines présentassent ce caractère? Mais l'amour de la vérité me fait un devoir de le signaler. En tous cas il vient à l'encontre de l'opinion qui fait de ces vieux foyers des réservoirs très dangereux de mercure. On sait que leur rupture a été signalée comme pouvant donner lieu à des phénomènes d'empoisonnement suraigu.

(Augagneur) ; les détails que je viens de rapporter sont de nature à inspirer quelque réserve dans l'appréciation de ces catastrophes, à moins qu'on ne veuille soutenir que le hasard m'a fait rencontrer un épanchement traumatique sans aucune corrélation avec la cure antérieure.

Reste la question des *intoxications*, qui toujours eurent pour cause, une erreur, une négligence, une inexpérience. En réalité, il n'est pas un fait qui résiste à un examen sérieux ; comme l'a très bien dit Balzer, des médecins oublièrent que le mercure est un poison, et on les vit jouer de ce métal comme d'un médicament anodin. Bien avant les injections, nous savions cependant quels périls soudains naissent de certaines idiosyncrasies. Faut-il rappeler les cas dans lesquels une simple friction pour tuer des morpions a entraîné la mort ? En 1891, Nicolich vit mourir dans son service un homme robuste, mais alcoolique, de 27 ans, qui, sur le conseil, d'un oculiste, avait fait 6 frictions, à 3 grammes l'une, d'onguent gris ; l'autopsie ne laissa aucun doute sur la cause réelle de la mort. A Paris, c'est un saturnin qui succombe dans le service du professeur Bouchard, en 1873, après six jours de traitement par la liqueur de Van Swieten (2 cueillerées) et une friction de 4 grammes. A Prague, une femme de 17 ans meurt dans l'anurie, sept jours après une double injection vaginale avec une solution de 1/2000 de sublimé. Nombre de semblables exemples sont rassemblés dans la thèse déjà citée de Letoux (1893), et les ayant lus, constatant d'ailleurs que depuis plusieurs années le calomel a cessé d'enrichir cette statistique, je pense que ce grief aussi a fait son temps et cesse d'être valable auprès des praticiens informés. J'ajouterai qu'une menace d'absorption excessive ne nous laisserait pas désarmés, Scarenzio nous ayant appris quel service on pouvait retirer en pareil cas des injections de pilocarpine, associées au cathétérisme du canal de Sténon, et s'il le faut, à l'incision et au grattage du centre calomélique. Qu'on se rassure d'ailleurs, les seuls accidents que j'aie jamais observés consistèrent en céphalalgie, quelques vertiges, sensation de constriction thoracique, plus rarement de la diarrhée, tous symptômes aussi légers qu'éphémères.

Arrivons à la *pratique des injections du calomel*.

L'*excipient* fut tour à tour l'eau gommée, la glycérine ou l'huile. La glycérine considérée comme douloureuse, a été abandonnée par les Italiens, puis reprise par Blondel et Morel-Lavallée, qui l'associent à la cocaïne, sans grand avantage à mon avis. Scarenzio se loue de la vaseline liquide proposée par Balzer, tandis que Nicolich s'arrête à l'huile d'amandes douces, et Gyselink à l'huile d'olives, employée aussi dernièrement par Barthélemy et Feulard. En vérité, je n'attache pas grande importance à l'un plutôt qu'à l'autre de ces liquides. Il n'en est point de mauvais, et chacun est bon à la condition d'être par-

faitement pur et d'une asepsie éprouvée; j'ai surtout employé la vaseline qui est très fluide et ne m'a pas paru, après expérience comparative, inférieure aux huiles végétales au point de vue de la tolérance des milieux organiques.

La dose de sel à introduire a subi de si importantes variations qu'on me pardonnera de m'y arrêter un instant. A l'origine et pendant la période héroïque du début, Scarenzio n'injectait pas moins de 40 centigrammes, soit en une, soit en deux piqûres. Nous nous demandons aujourd'hui par quelle fortune furent alors évités de terribles accidents. La raison en est simple, c'est que par bonheur l'abcès survenait inmanquablement pour éliminer un bourbillon riche du sel mercuriel. L'application de l'antisepsie à la pratique des injections a changé tout cela, et la totalité de ce que nous introduisons dans les tissus est retenue par l'organisme, nous en avons aujourd'hui la certitude. De là est venue la nécessité de diminuer les doses qui tombèrent successivement de 40 à 20, puis à 10, enfin à 5 centigrammes, en suivant une décroissance peut-être un peu irraisonnée. Le désir de la simplification à outrance a poussé quelques-uns de mes confrères à établir comme règle générale l'injection de 5 centigrammes. Je ne partage pas leur manière de voir, et je crois m'inspirer de données plus scientifiques en faisant dépendre les doses de l'examen des conditions individuelles. Le poids du corps guide sûrement. L'expérience m'a appris qu'il suffit de 5 centigrammes pour agir efficacement sur les sujets dont le poids n'excède par 50 kilog., et d'autre part j'ai toujours vu les hommes de 80 kilog. supporter sans inconvénient une dose double. Entre ces deux points extrêmes on graduera; pour 60 kilog., 6 centigrammes, pour 70 kilog. 7 centigrammes, et de 70 à 80 kilog. on donnera de 7 à 10 centigrammes, en se basant sur les conditions de résistance individuelle. Telle est la formule que j'ai établie en 1895, et toujours depuis mise en pratique. Nombre de syphiligraphes, en tête desquels j'ai le plaisir de compter le professeur Scarenzio, de Vecchi et Gross, de San Francisco, ont bien voulu l'approuver et s'y conformer.

Le lieu de la piqûre n'est pas non plus immuable. Le bras fut abandonné après les premières tentatives de l'école de Pavie, et l'on a successivement prôné tous les points de la fosse iliaque externe, sans compter l'espace rétro-trochantérien. Se tenir à 3 ou 4 centimètres de la crête iliaque, se rapprocher de la ligne médiane sont de bons préceptes. Mais surtout qu'on n'oublie pas qu'il faut piquer profondément avec de longues aiguilles de 6 centimètres et effectuer le dépôt en pleines masses musculaires. C'est là une précaution indispensable, faute de quoi on s'exposerait à voir l'inflammation se produire, avec empatement et parfois ulcération du tégument. Il est inutile de faire remarquer qu'on devra choisir un point éloigné des pressions, des heurts, éviter le frottement d'une ceinture ou d'un ban-

dage, soustraire le foyer à l'action meurtrissante de vêtements serrés. Dans certains cas, soit pour être sûr de ne pas compromettre la marche, soit pour me rapprocher du foyer morbide, notamment dans les chancres de la mamelle, j'ai utilisé les fosses sus et sous-scapulaires qui peuvent être considérées comme un véritable lieu d'élection, bien préférable au deltoïde choisi par Lesser. Ai-je dit que je ne fais jamais une injection sans que la seringue ait été purifiée par l'ébullition prolongée, seringue et aiguilles bien entendu, sans que la peau du malade ait été l'objet de la toilette spéciale bien connue de tous les chirurgiens.

Muni du mélange à 1 gramme de sel pour 10 grammes d'excipient, ou mieux encore, de la quantité strictement suffisante pour emplir une seule fois la seringue, que le médicament soit contenu en un flacon ou en un tube fermé, le tout passé à l'autoclave, le médecin a fait une première injection. Quand devra-t-il recommencer? Quel intervalle laisser d'une injection à l'autre? Sur ce point encore je me vois forcé de me séparer de quelques-uns des néo-partisans du calomel. Conduits par un besoin de systématisation excessif, nos collègues proposent d'espacer les interventions de huit en huit jours. Pour moi, je condamne d'avance toute règle fixe; chaque injection doit être examinée et discutée au point de vue de l'opportunité et des indications, c'est chaque fois un problème nouveau à résoudre. A ce prix seulement on se met à l'abri des mécomptes, on échappe à la gingivite et aux dangers éventuels de l'accumulation mercurique. J'examine donc le malade, je scrute les progrès continus ou ralentis de sa guérison, je l'interroge lui-même, car bien des malades intelligents savent reconnaître par des signes intimes et d'une sagace pénétration l'époque à laquelle l'influence du spécifique cesse de se manifester; ceux notamment qui portent des ulcérations sont de bons indicateurs, s'ils savent analyser les impressions de prurit, d'agacement ressenties moins dans les tissus malades qu'à leur périphérie, s'ils nous dénoncent à temps la sensation particulière de lourdeur et de raideur des parties atteintes, autant de renseignements significatifs qu'un vrai clinicien doit savoir recueillir et provoquer au besoin, pour leur accorder, conformément à ses propres observations, la valeur qu'il convient. C'est avec ces données qu'on décidera s'il faut laisser s'écouler huit jours, ou quinze, ou vingt, ou plus encore entre deux injections consécutives. En agissant ainsi, nous ne faisons que nous conformer à la thérapeutique traditionnelle des indications. Tels nos maîtres donnaient, et beaucoup d'entre eux donnent encore 2, 4 pilules de proto-iodure ou de sublimé, ou même plus à continuer pendant un nombre de semaines également susceptible de variation. L'écueil est de cesser trop tôt le traitement, et les résultats étant plus rapidement bons qu'avec aucune autre méthode, la tentation en est aussi

et plus fréquente et plus puissante. Et cependant, pas plus avec le calomel qu'avec n'importe quel mode d'hydrargyrisation, on ne peut se flatter de faire de bonne besogne si l'on ne pousse pas à fond la guérison des symptômes reconnus; je parle non d'une guérison superficielle et apparente, mais de celles que l'on peut considérer comme poursuivie et réalisée dans la profondeur des tissus. C'est cette continuation et ce parachèvement de la cure que bien souvent, une fois les modifications urgentes obtenues avec le calomel, je demande aux injections d'huile grise (suivant la formule de Lang) mieux supportées en général, mais certainement moins actives que celles dont nous nous occupons dans ce travail. Depuis une huitaine d'années cette pratique que j'ai recommandée dans différents travaux m'est familière, et je n'ai jamais eu qu'à m'en féliciter.

Pour ne compromettre ni la valeur de la méthode, ni la santé des patients, n'est-il point de précaution à observer dans le choix de ces derniers? Et n'y a-t-il pas lieu d'exiger certaines conditions pour leur dispenser le traitement efficace entre tous. Tel est assurément la bonne manière de voir. Nous savons déjà quelle formelle exclusion se préjuge du seul fait d'une gingivite préexistante, je n'y reviendrai pas. J'en trouve un motif non moins rigoureux dans le mauvais état des reins. Les urines de nos malades sont toujours examinées avec soin, et l'albuminurie dosable fait prononcer l'interdiction. Je ne fais que rarement exception à cette règle, cependant je me rappelle un vieillard auquel 16 centigr. d'albumine ne m'empêchèrent pas d'administrer à plusieurs reprises la dose minima de 5 centigr. et cela sans aucun dommage. Cette réserve paraît inopportune, je le sais, à certains intrépides de conversion récente, qui contestant les vraies et maîtresses indications, s'indignent très haut que je revienne aux vieux errements dans les cas où précisément la nouveauté me paraît dangereuse. Hé quoi, me disent-ils, le calomel n'est-il pas un diurétique? Et la néphrite n'est-elle pas fréquente manifestation de syphilis? Je n'y contredis pas, mais d'abord le diagnostic étiologique de la lésion viscérale laisse presque toujours prise à de grandes incertitudes; d'autre part, je suis très convaincu du danger des médications actives dans le cours des maladies des reins, si bien développé dans l'excellente thèse de Chauvet. Et si le filtre ne fonctionne pas, qu'importe que ce soit le fait d'un processus spécifique? avant d'agir comme antisiphylitique le calomel agissant comme poison aura frappé de mort un organisme incapable de l'éliminer. Je mets les choses au pis pour pousser la prudence à l'extrême; en tout cas il me paraît sage de n'en venir au protochlorure que lorsque les moyens ordinaires auront suffisamment rétabli la fonction. J'ai aussi éliminé jusqu'ici les diabétiques, par crainte de l'abcès auquel la moindre blessure les expose; et les suppurants, les phlegmoneux incapables de conserver aseptique un

foyer d'irritation quelconque. Enfin je ne pense pas qu'il faille négliger l'examen du foie, émonctoire sur lequel nous devons compter, et dont l'altération intime est de nature à faire réfléchir; en cas d'insuffisance constatée, je pencherais à l'abstention.

Au total, j'élimine également les débilités, les cachectiques, les vieillards épuisés, tous ceux dont les grandes fonctions déjà compromises et la nutrition défaillante sont un terrain mal choisi pour une thérapeutique violente quelle qu'elle soit. Un certain flair clinique est nécessaire, je ne le nie pas, pour faire le départ de ces cas, rares d'ailleurs, et qui tiennent certainement moins de place dans la pratique que dans cet exposé. Mais il ne faut pas l'oublier, nous manions une arme de grande portée, sûre et précise, ses écarts non moins que ses effets peuvent être prévus et calculés, mais pour ce faire, un esprit renseigné doit n'écarter aucun élément du problème, il est donc nécessaire qu'il s'inspire lui aussi d'observations sûres et précises.

Après avoir établi l'origine et la raison d'être des injections massives, montré leur innocuité, fait connaître le manuel de leur emploi, nous devons jeter un rapide coup d'œil sur les ressources qu'elles offrent à la thérapeutique et le parti que notre spécialité peut et doit en retirer. Ici je ferai surtout appel à mes souvenirs, car c'est su ce que j'ai vu qu'est basée ma conviction, cette conviction qui vous a fait plus d'une fois sourire, mes chers collègues, mais qui a droit à quelque bienveillance, car elle représente une expérience personnelle de douze années, enrichie de toutes les observations que j'ai pu faire auprès de mes amis de l'Italie, dans les services du regretté Soresina et de Bertarelli (de Milan).

Avant tout, je noterai la *promptitude des effets*. Il n'est pas de praticien qui n'en ait été frappé : en vingt-quatre ou trente-six heures on voit se métamorphoser la surface des lésions et la cessation des douleurs est une affaire de quelques heures. D'une façon générale on peut affirmer que le traitement tant de la maladie que de ses poussées, exige une durée de séjour beaucoup moins longue dans les hôpitaux que par les procédés classiques. Les malades n'ont pas été les derniers à s'en apercevoir. Peu portées à accepter volontiers les piqures, les femmes de Saint-Lazare s'y refusaient parfois, et je m'étais fait une loi de ne jamais les y contraindre. Mais cette révolte ne fut pas de longue durée, car on s'aperçut vite des effets rapides de la médication. Aujourd'hui, il n'en n'est pas une qui cherche à s'y soustraire, et celles à qui je prescriis simplement pilules ou frictions, s'en étonnent, s'en chagrinent. En 1892 j'exposai au Congrès de chirurgie les avantages de la pratique de Scarenzio dans le traitement d'épreuve des lésions équivoques (*Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires*). « Si le chirurgien,

écrivais-je, n'a pas recours à cette admirable méthode, ce n'est pas, ce ne peut pas être qu'il la condamne, c'est qu'il l'ignore... On peut la discuter comme thérapeutique de choix dans l'attaque méthodique de la syphilis traitée à loisir, au fur et à mesure de cette évolution ; mais tous ces inconvénients éventuels disparaissent en face du danger d'une intervention retardée, quand s'agite le doute d'une dégénérescence maligne ; toutes les objections tombent devant cette double donnée parfaitement établie : le diagnostic thérapeutique de la syphilis est clairement décidé en huit jours par l'injection de calomel ; en cas d'insuccès, ce mode de traitement n'apporte aucun obstacle à l'opération nécessaire, et n'en complique en rien les suites. » A l'appui de ces conclusions, je citerai plusieurs faits de ma pratique. Un mémoire ultérieur du professeur Scarenzio a confirmé cette manière de voir aujourd'hui encore trop peu répandue.

C'est presque une banalité de faire ressortir l'énergie, l'intensité d'action du spécifique employé suivant les règles nouvelles, tous l'admettent, bien plus on en a peur, on s'en est fait une arme contre l'école de Pavie. Montrons par des exemples que cette rigueur apparente s'exerce par des modifications qui n'ont rien que de bienfaisant, et que nulle autre thérapeutique n'est en mesure de provoquer. Chacun s'accorde à considérer les frictions comme le traitement par excellence des syphilomes les plus rebelles, c'est tout au moins le plus efficace que nous aient laissé les praticiens d'hier, et c'est celui qu'on nous oppose sans cesse en nous répétant, à chaque nouveau miracle du calomel : « Le cas dont vous parlez avait-il résisté aux frictions ? » Hé bien, de tels cas fourmillent dans la littérature spéciale de ces dernières années, et s'il ne fallait que cela pour déterminer la conviction, nos contradicteurs seraient depuis longtemps réduits au silence. C'est un malade de Trieste qui depuis deux ans n'avait pu faire disparaître un psoriasis palmaire et plantaire avec de vastes plaques buccales ; 70 frictions très régulièrement faites, de grandes doses d'iodure de potassium et l'usage prolongé de la décoction de Zittmann sont restés inutiles ; Nicolich lui fait à la fois deux injections de 10 centigr., et 11 jours plus tard, toute trace de la maladie a disparu. Ceci se passait en 1887.

Je lis encore dans le si intéressant travail de cet auteur (*La cura della sifilide col metodo del professor Scarenzio. Trieste, 1895*), l'observation d'un homme de 30 ans qu'une seule injection délivra de plaques muqueuses du voile du palais et d'ulcérations nasales, vainement traitées depuis dix-huit mois par 40 frictions, quantité d'iodure, cautérisations, inhalations topiques de toutes sortes. Même résultat chez un malheureux garçon de 31 ans, qui après avoir perdu la moitié du gland par un chancre phagédénique, n'avait pas cessé depuis trois années de souffrir d'accidents graves et subintrants ; préala-

blement le pharynx s'était couvert d'ulcérations que les cures les plus énergiques laissaient continuer et se développer, 90 frictions étaient restées sans effet; deux injections de calomel lui rendirent la santé. MM. Mendel et Wickham ont fait connaître à la *Société de dermatologie* des cas analogues qui se sont produits au grand jour de la discussion, et rien n'a pu être objecté à M. Thibierge quand il publia l'éclatant succès obtenu à Saint-Louis même, dans le service de M. Besnier, chez un malade dont le martyre durait depuis quatorze ans, malgré la thérapeutique si irréprochable de notre maître.

Je trouve dans mes notes beaucoup de faits qui peuvent être rapprochés des précédents, et dont quelques-uns figurent déjà dans les bulletins de la *Société de dermatologie*. Qu'on me permette de les envisager d'un coup d'œil rapide et général.

Les *lésions cutanées* ne sont pas toujours redoutables par leur étendue; il en est de très petites qui suffisent à empoisonner la vie des malades, telles les crevasses digito-palmaires, qui se cantonnant dans une région très apparente et nécessaire aux besoins de tous les instants, constituent le tourment le plus désagréable. Je fais ici allusion à des oisifs, des gens élégants et d'une hygiène particulièrement soignée. L'un d'eux s'était résigné à ce mal qu'il subissait depuis une vingtaine d'années, et qu'une seule injection devait faire disparaître. Un autre, habitant loin de Paris, et incapable d'y fournir un séjour assez prolongé pour un traitement de fond, sachant d'ailleurs que seules les injections lui réussissent, vient chaque année me demander le nombre d'injections suffisant pour le salut de ses blanches extrémités.

Il reste encore des syphilides tardives que les spécialistes connaissent bien pour leur ténacité désespérante. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas eu à lutter contre ces éruptions soit micro-papuleuses, soit nappiformes qui cerclent de leur teinte vieux chaudron les plus jolies lèvres, car il s'agit surtout des femmes qu'une telle infirmité désole et pousse au plus noir chagrin. J'ai toujours réussi à les consoler avec le calomel; une première injection balaie complètement le champ morbide, et la guérison se consolide aisément avec les suivantes.

Les cas de *lésions ulcéreuses des téguments* contre lesquelles j'ai eu à intervenir sont fort nombreux. En 1891, je m'attaquai à une infiltration gommeuse qui durait à l'état serpigineux depuis quatre ans et avait complètement ravagé la région pectorale gauche, chez un peintre de 35 ans environ. Nul traitement n'avait été épargné, et quand je dirai qu'un de nos anciens présidents s'y était appliqué, tout le monde reconnaîtra qu'on ne pouvait faire mieux avec les mêmes moyens. Le succès fut le prix de quelques injections, et ne s'est pas démenti depuis six années.

Je ne puis passer sous silence le cas d'un Espagnol dont une cuisse

était depuis des mois occupée par un placard ulcéro-gommeux. C'était un dyspeptique auquel toute thérapeutique interne était interdite ; on avait fait quelques essais de traitement fort inutiles, et, en fin de compte, cet homme, jeune encore, s'était résigné à son mal. Pour en être moins incommodé, il s'était fait construire par un bandagiste un cuissard avec armatures métalliques, confortablement garni de peau à l'intérieur, et c'est dans cet accoutrement que, très sceptique, il vint se montrer à moi. Il me fut plus difficile de le convaincre que de le guérir, mais la première injection eut un tel résultat qu'il ne se fit pas prier pour la seconde, laquelle le débarrassa entièrement. Pas de récurrence depuis deux ans.

Une Américaine qui souffrait (et souffrir est ici le mot juste, car il y avait de vraies douleurs) depuis deux ans d'une infection grave maritalement contractée, me fut adressée par mon ami, le Dr Richelot, le si distingué chirurgien de Saint-Louis. Celle-là aussi avait épuisé toute thérapeutique, pour des gommages larges et creusantes qui apparaissaient incessamment sur les avant-bras, les mains, les jambes. Une seule injection fit tout cesser, je ne dis pas qu'elle suffit à guérir toute la maladie, mais une métamorphose s'était produite, que ni les pilules ni les cures répétées à Aix-la-Chapelle n'avaient soit réalisées, soit même fait espérer.

En avril 1894, je vis pour la première fois un homme de 30 ans qui m'était adressé par un chirurgien de province pour une syphilis telle qu'heureusement on n'en voit guère. Le mal avait débuté deux ans avant et s'était d'emblée accusé par des phénomènes d'une excessive gravité. Je passe sur leur description que j'aurai l'occasion de faire quelque jour en détail, et je dirai seulement qu'au moment où je le vis, ce malheureux, construit comme un athlète, et auquel on ne pouvait reprocher que son alcoolisme invétéré, avait une grande partie de la surface du corps couverte d'ulcérations suppurantes et puantes. Le front, les lèvres, n'étaient pas épargnés. C'était bien, ainsi que me l'écrivait mon confrère, une infection d'allure absolument « moyennageuse ». Je fis la première injection le 19 avril et, après la cinquième qui eut lieu le 31 juillet, je renvoyai le patient libre de toutes manifestations. Si l'année suivante des accidents reparurent, favorisés par de grands écarts d'hygiène et de conduite, le calomel ne se montra pas dépourvu d'efficacité et j'en fusse certainement venu à bout avec quelque persévérance, si par un coup de tête inexplicable, mon opéré n'eût soudainement quitté Paris et la France.

Il me semblerait inutile de parcourir le cycle des LÉSIONS MUQUEUSES pour montrer que là encore le calomel offre d'exceptionnelles ressources. Je ne puis omettre cependant de placer en relief son action rapide et très sûre dans deux cas bien spéciaux : glossopathie et laryngopathie. En 1894 (*Bulletin médical*, p. 177), je fis à la fois,

grâce à la pratique de Scarenzio, le diagnostic et le traitement d'une manifestation linguale tellement équivoque qu'elle avait été soumise jusque là aux traitements les plus disparates : saisons sulfureuses avec frictions mercurielles à Luchon, iodure à fortes doses, pilules de sublimé, antiarthritiques de toute sorte, jusqu'au jour où, qualifié de psoriasis buccal, le mal n'avait plus été attaqué que localement. C'était une petite fissure en arc de cercle limitant une tache vernissée de la grandeur d'un franc à droite, tandis que sur le côté gauche, à une minuscule dépression en forme de capiton aboutissaient quelques craquelures en étoiles. Ce n'était presque rien, mais ce rien empoisonnait littéralement l'existence de cet homme de 34 ans, réduit aux bouillies et à la mie de pain. En deux injections, tout fut terminé. Reste toute la série des langues infiltrées, bourrées de noisettes, avec rhagades et capitons, des langues monstres, excessivement hypertrophiées, et enfin de celles qui simulent le cancer par l'ulcération, les douleurs et l'atteinte portée à la santé générale. Mêmes succès constants sur lesquels il serait monotone d'insister. En ce qui concerne le larynx, ma pratique confirme pleinement celle de Soffiantini qui vient de consacrer un intéressant travail à la guérison des syphiloses de cet organe par les procédés de son maître. Je suis toujours étonné de voir combien vite se dégorgent les infiltrats et les œdèmes spécifiques ainsi traités. Je lis dans mes notes que le 19 avril 1887 une injection est faite pour une laryngopathie secondaire ayant amené une presque complète aphonie, et que la voix était revenue presque normale le 24 avril. On comprend aisément le rôle que peut jouer une telle médication en face d'accidents qui revêtent trop souvent un caractère immédiatement menaçant.

Dire que le calomel juge parfois la *syphilose viscérale* mieux que les frictions, mieux que l'iodure, n'est point un paradoxe. Mais il faudrait de longues pages pour soutenir cette proposition quelque peu révolutionnaire, et je dois être bref, j'énumérerai seulement quelques faits. Tout le monde est à peu près d'accord pour recourir à la méthode italienne en face d'accidents cérébraux comportant l'urgence. C'est en pareil cas qu'on est quelquefois en droit de pratiquer en même temps deux injections de 10 centigrammes, je l'ai fait avec succès. Mais les chronicités troublantes et affaiblissantes, amnésies, céphalées, vertiges, excitation ou dépression, ictus atténués, aphasies bâtarde, bredouillements, et ces fourmillements des membres, tous symptômes précurseurs des catastrophes définitives, avec quelle sûreté et quelle puissance ne savons-nous pas nous en rendre maîtres. Je pourrais citer un médecin qui périodiquement vient me demander une injection pour le remettre daplomb, un artiste depuis plusieurs années incapable de coordonner ses idées et de commander à sa pensée, et qu'une seule piqûre, la première que j'aie faite à Paris,

a mis à même de se ressaisir et de travailler. Mes collègues de la *Société de dermatologie* se rappellent peut-être l'observation de *phtisie pulmonaire* syphilitique dont je leur ai fait part à la session d'avril 1893. Cette fois, on peut le dire, la malade fut sauvée par l'injection, et j'ajouterai que trois ans plus tard, cette femme est encore vivante, malgré d'énormes destructions du parenchyme respiratoire. Nicolich se flatte d'avoir guéri un foie spécifiquement atteint : c'est une prouesse que je n'ai pas eu l'occasion d'accomplir mais qui ne me paraît nullement invraisemblable.

Je resterais bien incomplet si je ne mentionnais pas, ne fût-ce qu'en passant, l'action du remède héroïque contre les *ostéopathies* ; je l'ai étudié chez le syphilitique héréditaire, dans le service de mon maître le professeur Lannelongue, il y a quelque dix ans. On trouvera la relation de ces faits dans un mémoire que je publiai en 1894 dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*.

Arrivé à la fin de ce long exposé, puis-je me flatter d'avoir fait la preuve de l'efficacité non pareille de la thérapeutique Scarenzienne ? Je voudrais pouvoir l'espérer, mais j'ai crainte d'avoir insuffisamment insisté sur la *persistance et le caractère définitif des guérisons*. J'ai à cœur d'ajouter que la plupart des malades que j'ai cités sont restés sous mon observation, et comme mes expériences sont déjà bien anciennes, les occasions de contrôle ne m'ont pas manqué. Je vois quelques-uns de mes injectés depuis dix ans et plus, et je puis témoigner de la rareté des récidives. Sans doute la maladie n'est pas abolie, mais combien sont rares ses réveils lorsque la cure a été poussée à fond ! J'insiste sur ce point : plus d'un patient se déclare satisfait d'avoir vu disparaître la manifestation sans plus songer à la maladie. C'est à nous qu'il appartient de leur montrer l'erreur, car c'est grâce à une cure très consciencieusement prolongée, par ce moyen comme par tout autre, qu'on doit poursuivre cet idéal d'éloigner indéfiniment les retours du mal redouté.

En conclusion de ce travail, je voudrais énoncer les principales indications de la pratique discutée aujourd'hui, car je l'ai dit, je repousse tout exclusivisme ; Rey déclare qu'il n'emploie jamais d'autre thérapeutique dans son service d'Alger ; Nicolich avoue n'avoir aucune donnée comparative pour apprécier les moyens classiques, car il n'en a jamais fait l'expérience. Je pense au contraire, que les conditions de la maladie étant variées à l'infini, telles doivent être celles des moyens que nous leur opposons, et puisque certains cas sont, à mon avis, défavorables à l'action des injections caloméliques, il faut bien trouver dans notre vieil arsenal les moyens d'en venir à bout. Il y aura toujours des malades auxquels refusant le calomel, nous donnerons avec profit pilules ou frictions.

Au contraire, je trouve des indications nécessaires et catégoriques dans certaines circonstances que je vais énumérer.

Tout d'abord le *début de la syphilis*, le chancre induré, doit être soumis au traitement mercuriel intense et précoce, ainsi que je l'ai proposé au Congrès de Rome en 1894. Rien n'est plus logique que de surprendre le mal à peine apparu, par une attaque violente, et de frapper un grand coup avant qu'il se soit emparé de tout l'organisme, et la pratique répond en nous rendant témoins de manifestations retardées, modifiées, diminuées et comme étiolées, attestant une fois de plus cette vérité que, en matière de virus, retarder c'est atténuer. Quelquefois même j'ai eu le bonheur de supprimer toute suite à l'accident primitif; à Saint-Lazare nous appelons cela le *kalomel abortif* par une hyperbole familière qui laisse la porte ouverte à toutes les espérances. On nous a reproché de sembler faire une obligation morale de l'emploi du calomel, au commencement de toute infection, ce qui est certes loin de notre pensée, la seule obligation morale qu'il y ait pour un médecin, étant de faire emploi du traitement qui lui paraît le plus efficace. Hé ! quoi, m'objecta-t-on à Lyon, celui de nous qui ne soumettrait pas un malade aux rigueurs du traitement intense et précoce, serait-il donc répréhensible ? Que répondre à de telles arguties ? Ce qu'eût répondu Ricord quand il déclarait responsable de leurs suites celui qui n'employait pas le mercure contre les chancres, ce que répondrait aussi M. le professeur Fournier peu disposé à innocenter les antimercurialistes ! Je répéterai donc ce que j'ai écrit ailleurs. Ne serait-ce pas une aberration, que de différer l'emploi du plus puissant spécifique, alors que le mal est là, constaté, menaçant, inéluctable ? Répudier la thérapeutique intense pendant l'évolution du syphilome, temporiser alors que le virus pullule déjà, c'est se résigner à une abdication dont les conséquences peuvent peser gravement sur toute la suite d'une infection que nous savons ne pas avoir de fin.

Aux périodes ultérieures, l'injection de calomel s'indique de toute évidence contre n'importe quelle *lésion sortant de l'ordinaire*, soit par sa durée, soit par sa résistance aux remèdes habituels. Petit ou grand, superficiel ou profond, qu'il soit secondaire ou tertiaire, un *accident invétéré* a toujours pour critérium ce petit moyen héroïque ; j'ai assez insisté plus haut sur les exemples proposés pour n'avoir pas à appuyer davantage cette proposition ; je demande seulement qu'on la prenne dans son sens le plus large, et qu'on n'attende pas de trop longs délais pour décider de ce double attribut d'ancienneté et de ténacité. Au même titre, on demandera au calomel la résolution des reliquats qui persistent pour un temps parfois fort long et comme une menace toujours présente, à la suite d'infiltrats spécifiques ; le syphi-

lome apparent s'est affaissé, mais il faut, après avoir balayé la surface, purger à fond le sous-sol morbide de toute impureté virulente, jusqu'à ce que les tissus aient repris l'ensemble de leurs caractères normaux, leur souplesse, et, dans la mesure du possible, leur coloration. Pour accomplir cette tâche, nous voyons trop souvent s'épuiser à la longue la valeur des moyens anciens, et l'expérience a prouvé une fois de plus que la méthode nouvelle n'y faillit jamais.

Un troisième ordre d'indications est fourni par la *nécessité de guérir vite* en face d'accidents qui menacent un organe de structure délicate ou d'importance fonctionnelle primordiale : une partie quelconque des centres nerveux, les membranes de l'œil, le nerf optique, et aussi, ajouterai-je, le larynx. Pour peu que l'accident ait duré quelques jours, on peut arriver trop tard pour restituer l'intégrité de l'organe, et la thérapeutique la meilleure est, dans ce cas, la plus alerte. Sans parler des atteintes sur le cerveau et le globe oculaire à si juste titre redoutées, même sous leur forme les plus vagues, je pourrais citer des artistes dont la carrière a été soudainement interrompue par une laryngopathie insignifiante, une minime ulcération des cordes vocales, trop lentement modifiée par une médication paresseuse. Je me bornerai à rappeler ici tous les cas dans lesquels le diagnostic fait attendre le bistouri, j'ai suffisamment insisté sur le secours que le chirurgien trouvait alors dans le calomel, pour revenir sur ce point. Mais il est une occasion d'urgence que je veux indiquer. Un syphilitique vient nous annoncer son mariage, et nous lui montrons inutilement toute l'infamie de sa conduite, il est décidé à passer outre. Après avoir prononcé notre interdiction, et formulé toutes réserves, pouvons-nous refuser de traiter ce misérable, non pour lui, mais par intérêt pour l'innocente en péril, et dans cette conjoncture, pouvons-nous employer une autre thérapeutique que la plus puissante et la plus prompte ?

J'engloberai dans un dernier groupe tous les sujets qui pour une raison quelconque sont réfractaires au traitement habituel : les dyspeptiques qui ne peuvent tolérer les pilules, les eczémateux dont le tégument s'irrite aux frictions.

Qu'il soit bien entendu d'ailleurs qu'en indiquant les cas où le protochlorure s'impose, je me garde de le prétendre contre-indiqué dans les autres. Je n'ai même pas eu l'intention d'exposer toutes les occasions dans lesquelles j'en fais usage, car ma pratique hospitalière (pour cet emploi spécial, chez les prostituées, notre calomel présente des avantages exceptionnels) ne diffère guère de celle de certains exclusifs. Non, tel n'a pas été mon but. Repoussant tout parti pris, restreignant au minimum les préceptes de la jeune thérapeutique ramenés à quelques propositions difficilement réfutables, j'ai voulu montrer que dans la pratique il y avait place pour tout effort sincère et

qu'il n'était pas impossible de trouver un terrain de conciliation entre le passé et l'avenir.

M. A. RENAULT. — L'efficacité et la solidité du traitement sont les deux qualités qu'on reconnaît à la méthode des injections. Mais elle a aussi ses dangers : la fréquence et la gravité de la stomatite, l'intoxication. Ce n'est donc qu'une méthode d'exception dont il faut rechercher les indications et les contre-indications.

M. GASTOU. — En compulsant 39 observations du service de M. le professeur Fournier, recueillies avec soin par MM. Keim, interne, Ramond et Chardin, externes du service, on arrive aux résultats suivants :

1° Sur 39 malades, 25 atteints de syphilis grave : soit par la malignité d'accidents précoces, soit par la gravité d'accidents tertiaires ou généralisés, ont guéri entre la troisième et huitième injection de calomel de 0,05; 14 atteints de syphilis nerveuse, n'ont pas éprouvé, malgré des injections multiples, d'amélioration manifeste.

2° Sur un total de 245 injections, il n'y a jamais eu d'abcès, 6 fois seulement la stomatite a nécessité l'arrêt du traitement. Chez la moitié des malades seulement la douleur a été très vive, dans la plupart des cas, les injections ont été bien supportées, à condition d'être faites profondément dans la partie la plus saillante de la fesse avec les soins d'antisepsie habituels.

3° La douleur variable d'un sujet à l'autre, d'une injection à la suivante chez le même sujet, semble dépendre, étant donnée la même technique : dans la majorité des cas, d'une prédisposition individuelle non encore déterminée ; quelquefois de la nature du liquide injecté. Cette cause de douleur est inconstante, puisque la même solution servant à des malades différents et injectée aux mêmes points provoque chez les uns une douleur très vive, chez d'autres à peine une sensation de gêne passagère.

4° Le bain pris immédiatement dans l'heure qui suit l'injection semble diminuer considérablement ou empêcher les phénomènes douloureux.

M. FEULARD. — Je me permets seulement de constater, me réservant de revenir sur ce sujet plus longuement à la prochaine séance, que la question en discussion a fait un singulier chemin depuis le jour où j'ai fait ma communication à la séance de novembre dernier. Ce jour-là on me contesta les résultats que j'annonçais, absence d'abcès, insignifiante presque constante des nodi ; quant à la stomatite, je crois que nous sommes tous d'accord pour convenir qu'elle n'est pas inhérente à la méthode ; pour ma part d'ailleurs je ne l'ai pas observée avec les injections de 5 centigrammes suffisamment espacées. Et voilà que maintenant il n'est plus question d'abcès et les nodi ne paraissent plus guère en cause eux aussi. Reste donc la douleur qui, comme je le disais, est le gros inconvénient, le seul réel on pourrait dire, de la méthode. Mais cette douleur, très variable d'ailleurs, n'empêche pas la plupart des sujets (je parle du moins de mes malades) de continuer le traitement. C'est à l'éviter s'il est possible que doivent tendre tous nos efforts ; je crains malheureusement que nous ne puissions réussir, car il s'agit d'une douleur tardive en relation certainement avec une transformation chimique du médicament.

M. ABADIE. — Je crois qu'il vaut mieux injecter les sels *solubles*. Mais si l'on emploie l'huile grise ou le calomel, il me semble rationnel de fractionner les doses : une injection de 1 à 2 centigrammes répétée tous les deux jours sera mieux supportée qu'une injection unique de 5 centigrammes. On objecte que la répétition des injections est un grave inconvénient et que peu de malades se résoudront à venir tous les deux jours chez leur médecin pendant des mois et des années. J'emploie le cyanure d'hydrargyre au centième associé à la cocaïne. La technique est si simple, surtout depuis l'introduction dans la pratique des aiguilles en platine iridié qui peuvent être flambées sans s'émousser, que le malade lui-même ou une personne de son entourage immédiat peut faire l'injection sans qu'il en résulte de danger. Une notion qu'il ne faut jamais oublier, c'est qu'au début d'une syphilis, on ne sait pas si celle-ci deviendra grave ou non. Il faut donc dès l'origine se comporter comme si la syphilis était sûrement maligne. En résumé, il faut faire les injections *dès le début*, et fractionner les doses.

M. FEULARD. — Je crois, comme M. Abadie, qu'il faut faire les injections dès le début. Mais la douleur apparaît déjà avec une dose de 2 centigrammes, comme cela ressort des essais qui ont été faits dans le service de M. Besnier.

M. THIBERGE. — Le grand avantage des injections insolubles est qu'elles se font à intervalles *éloignés*. Avec les injections de sels solubles, on est obligé de répéter trop fréquemment cette petite opération, et peu de malades, pour des raisons diverses, sont en état de s'y soumettre.

M. BARTHÉLEMY. — Le grand mérite de la méthode, c'est que les injections intra-musculaires et profondes de préparations insolubles ne peuvent être pratiquées qu'une fois par semaine. Pour les injections solubles, soit sous-cutanées, soit profondes, je préfère la préparation de bi-iodure d'Hy. à la dose d'un centigramme par gramme d'huile stérilisée ; elle est indolente et bien tolérée, mais elle a l'inconvénient de faire revenir les malades tous les deux jours.

M. FOURNIER. — Il faut distinguer deux sortes de douleurs après l'injection : celle qui est immédiate et celle qui n'apparaît que le lendemain, le deuxième ou le troisième jour. Chez un malade que je traite avec M. Portalier la douleur immédiate fut effroyable. On a dit qu'il fallait employer le mercure avec une grande réserve quand les urines sont albumineuses, c'est une erreur. Le traitement hydrargyrique s'impose chaque fois que l'albuminurie paraît être d'origine syphilitique.

M. MAURIAC. — On obtient de très bons résultats par l'iodure de potassium dans la syphilis rénale.

M. BARTHÉLEMY. — Il ne faut pas administrer le mercure dans tous les cas d'albuminurie chez les syphilitiques. Il doit l'être si l'albuminurie est causée par la syphilis. Il faut s'abstenir quand l'albuminurie relève d'une altération du rein et non syphilitique, telle que la néphrite interstitielle. J'ai vu le calomel à la dose de 50 centigrammes pour l'estomac causer, dans ces cas, une stomatite intense. Ce fait doit rendre prudent pour les injections à haute dose.

Présentation d'ampoules de verres contenant le liquide à injecter.

Par M. WICKHAM.

Ces ampoules, fabriquées par M. Cavaillès, sont stérilisées avant d'être livrées. Elles contiennent 0,10 centigrammes et demi de calomel pour un centimètre cube. Le demi-centigramme constitue un excédent pour remplacer le calomel qui reste attaché aux parois des verres.

Ces ampoules ne servent que pour une injection. Pour l'emploi on agite fortement le liquide, le calomel étant alors en suspension on brise une des extrémités de l'ampoule après flambage. On introduit par l'ouverture ainsi faite à l'extrémité de l'aiguille à injection stérilisée et on aspire lentement le liquide. On réalise ainsi une antisepsie rigoureuse.

Le secrétaire,

E. JEANSELME.

SOM

SOM
lit
U
N
M
sc
m
J
M
u
Cl
G
M
st

M
mé
pul
an
enc
I
hé
vus
ma
lis
Je
aut
de
aff
étr
soi
et
sis

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1896

PRÉSIDENTE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : M. BARTHÉLEMY. — Synovites syphilitiques, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. E. BESNIER, L. JACQUET.) — Ulcération chancriforme du sein, par M. E. BESNIER. (Discussion MM. A. FOURNIER, BARTHÉLEMY.) — Sur un cas de dermatite exfoliante hydrargyrique, par M. A. FOURNIER. — Sur un cas d'urticaire avec pigmentation, par MM. TENNESON et LEREDDE. (Discussion : MM. FEULARD, E. BESNIER, BROCC.) — Chancres mou de la langue, par MM. EMERY et SABOURAUD. (Discussion : MM. A. FOURNIER, JULIEN.) — Un cas de leucoplasie buccale, par M. JULIEN. (Discussion : MM. A. FOURNIER, BROCC, GAUCHER, DE LAVARENNE et E. BESNIER.) — Sur un cas de lèpre avec granulomes lépreux miliaires généralisés, etc., par MM. GAUCHER et BENSAUDE. — Traitement de la blennorrhagie par l'airol, par MM. LEGUEU et LÉVY. — Pleurésie syphilitique du stade roséolique, par MM. A. SPILMANN et ETIENNE. — Sur une dermatite suppurative multiforme à poussées successives, par MM. HALLOPEAU et PRIEUR.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. BARTHÉLEMY. — Relativement aux *ulcères annamites*, je rappelle un mémoire de notre collègue, le Dr Petit, sur la bactériologie de ces lésions, publié dans les *Annales de médecine navale*. Bien que paru il y a quelques années et relatant surtout des associations microbiennes, ce travail est encore intéressant à consulter aujourd'hui.

Relativement aux faits de *rétrécissement mitral* observé chez des sujets hérédo-syphilitiques, je demande à signaler deux faits qui s'y rapportent, vus par moi sur des jeunes femmes n'ayant jamais eu auparavant de rhumatisme : l'une, fille de médecin, âgée de 27 ans, épouse d'un mari syphilitisé quatre ans auparavant et mère d'un enfant né avec des syphilides. Je n'ai jamais observé sur cette malade de signes de syphilis acquise autrement que par le fœtus ; il me semble qu'il s'agit là d'un de ces faits de *syphilis conceptionnelle latente* sur la réalité desquels j'ai cru pouvoir être affirmatif (Congrès de Paris, 1889), mais qui ont été mis récemment, peut-être hâtivement, en doute par nos confrères de Belgique. Quoi qu'il en soit, cette jeune femme fut atteinte, dans l'année qui suivit la naissance et la mort de son enfant syphilitique, d'un rétrécissement mitral qui persiste encore depuis plusieurs années.

Synovites syphilitiques.

Par M. DU CASTEL.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, est un homme de 37 ans, venu à la consultation de l'hôpital pour la première fois, au mois de novembre dernier. Il présentait à cette époque sur les jambes, des cicatrices lisses et pigmentées, d'aspect syphilitique; ces cicatrices correspondaient à une éruption s'étant montrée depuis deux ans. En même temps, il existait une périostite gommeuse du tibia. Le malade raconte du reste, avoir eu, il y a quinze ans au régiment, une syphilide tuberculeuse. Le traitement mixte iodo-hydrargyrique a amené une amélioration rapide de la périostite gommeuse. Tout ceci n'a, jusqu'à présent, rien que de bien ordinaire. Le point sur lequel je désire appeler votre attention est tout autre : Depuis huit ans, le malade est atteint d'une synovite bilatérale, de toutes les synoviales dorsales du poignet. Le développement des synoviales est aujourd'hui encore considérable; sur la face dorsale de la main, sur la partie inférieure de l'avant-bras, existe toute une série de tumeurs du volume d'une grosse pomme d'api; ces tumeurs sont nettement globuleuses, indolentes, fluctuantes; il n'y a pas de crépitation. Les tumeurs que vous voyez actuellement sont beaucoup moins considérables que celles que j'observai la première fois que je vis le malade, avant de le soumettre au traitement iodo-hydrargyrique : depuis lors, il y a eu diminution de moitié environ.

En voyant le résultat rapide et intense de traitement sur la lésion des gaines synoviales du poignet, je suis bien porté à admettre que la syphilis est intervenue dans la production de cette lésion. Le malade est distillateur, fatigue beaucoup les poignets et cette fatigue habituelle explique la localisation des lésions sur le poignet; mais ne peut-on dire que les choses se sont passées ici comme elles se passent maintes fois dans les accidents tardifs de la syphilis, où si souvent le traumatisme et la syphilis s'associent pour provoquer la production et la localisation de la lésion. Je n'irai pas jusqu'à affirmer absolument la nature syphilitique des lésions que je vous montre; mais il me semble difficile de ne pas être impressionné par l'amélioration rapide que le traitement iodo-hydrargyrique a produit dans les synovites dont notre malade était atteint depuis de longues années.

M. E. BESNIER. — Le malade de M. Du Castel me rappelle un cas tout semblable en tant que localisations synoviales et aspect extérieur des lésions; or, ce malade, rinceur de bouteilles, lui aussi, n'était pas syphilitique, mais bien tuberculeux; il était atteint de lupus du nez, des joues et des oreilles. Les synovites syphilitiques sont, je crois, bien rares, et en tout cas, bien mal connues; il serait donc à désirer que le cas de M. Du Castel fût conservé par le moulage.

M. L. JACQUET. — J'ai conservé un souvenir très précis du malade auquel M. Besnier vient de faire allusion et dont j'ai recueilli l'observation moi-même, alors que j'avais l'honneur d'être son interne. Chez cet homme, il existait la crépitation spéciale aux synovites à grains riziformes dont on a fortement démontré l'origine tuberculeuse. Or, ce symptôme fait défaut chez le malade de M. Du Castel et peut-être cela pourrait-il, en d'autres cas, servir à *diriger* le diagnostic étiologique.

Ulcération chancriforme du sein.

Par M. E. BESNIER.

Voici une femme qui arrive à l'instant et que je présente « pour le diagnostic ». Elle est accouchée il y a quatorze jours, son enfant est sain, et elle porte au mamelon gauche, une ulcération chancriforme dont le début a coïncidé avec une « gerçure » produite au moment du premier allaitement. L'induration est douteuse ; le ganglion satellite médiocrement accusé ; la malade dit son mari sain, et semble elle-même hors de soupçon.

Je prie mes collègues d'examiner le cas et de donner leur avis.
(L'observation sera continuée.)

M. A. FOURNIER. — Cette lésion peut être un chancre, mais cela n'est pas certain, la couleur, notamment, est moins foncée que celle du chancre infectant typique. En tout cas, la question principale à débattre ici est celle de l'allaitement. Il est clair que le diagnostic restant en suspens, on ne peut exposer l'enfant à une contamination possible. D'autre part, comme il peut être déjà contaminé en *puissance*, on ne saurait sans danger le confier à une nourrice étrangère ; si donc on recule devant l'allaitement artificiel, il n'y a qu'une solution, le *petit chien*, et elle peut être parfaitement utilisée ici. Un chien nouveau-né tettera à merveille le sein gauche malade, l'enfant tettera le sein droit, et quand le diagnostic sera fixé, c'est-à-dire d'ici deux semaines environ, l'allaitement bilatéral reprendra son cours. J'ai déjà employé plusieurs fois ce moyen qui réussit à souhait.

M. BARTHÉLEMY. — La lésion qui nous est présentée par la malade de M. Besnier est-elle un chancre syphilitique ? C'est probable, mais ce n'est pas certain ; c'est un fait qui n'impose pas le diagnostic à première vue ; au contraire, dans un cas que j'ai observé, le chancre du sein était on ne peut plus caractéristique. Il était survenu chez une nourrice entrée dans la famille avec toutes les apparences d'une santé parfaite, mais en état d'incubation de syphilis. Quand la lésion apparut au sein une quinzaine de jours après l'allaitement, elle fut méconnue dans sa nature et prise pour une crevasse infectée par des microbes vulgaires. La persistance et le développement du mal amenèrent à soupçonner la malignité ; mais

quand l'enfant me fut amené pour la première fois, il y avait un mois qu'il tétait un chancre syphilitique. L'enfant était très beau, très fort, né de parents sains ; il ne présentait aucune érosion, aucune desquamation aux lèvres ; ce qui explique qu'il ait complètement échappé à la contagion.

Sur un cas de dermatite exfoliante d'origine mercurielle.

Par M. A. FOURNIER.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, le malade que je vous présentais à l'une des précédentes séances, comme atteint d'une érythrodermie exfoliante, d'origine vraisemblablement mercurielle. Ce qui n'était alors qu'une hypothèse plausible est aujourd'hui un fait démontré : d'une part, la dermatose s'est rapidement éteinte, le malade ayant été soustrait au milieu toxique ; d'autre part, l'analyse des urines a révélé à M. Cathelineau la présence d'une quantité très notable de mercure. Nul doute en conséquence qu'il ne se soit agi là d'une hydrargyrie professionnelle.

Sur un cas d'urticaire avec pigmentation (urticaire pigmentaire à début tardif probable).

Par MM. TENNESON et LEREDDE.

Quand une affection nouvelle a été constituée par le rapprochement de certains faits cliniques, il est possible, surtout si sa description fondée sur un petit nombre de cas est très précise, trop arrêtée peut-être dans ses détails, d'observer dans la suite des malades qui ne peuvent rentrer dans les limites étroites de la description originelle. Faut-il constituer une maladie nouvelle, ou n'est-il pas plus sage d'élargir le cadre morbide déjà établi en faisant observer, si l'on veut, qu'il s'agit de cas atypiques ?

L'urticaire pigmentaire est une de ces affections dont la description très précise est fondée sur un petit nombre d'exemples. Elle survient au début de l'enfance, se prolonge pendant des années ; les poussées urticariennes sont multiples, il existe un état dermatographique persistant.

Que l'on ait maintenant affaire à un malade qui présente une pigmentation cutanée semblable à celle de la maladie de Nettleship moins généralisée toutefois, survenue après une seule poussée urticarienne à l'âge de dix ans, et on hésitera à parler d'urticaire pigmen-

taire. Et cependant M. Besnier, déjà croit avoir observé deux cas chez l'adulte; il rappelle que Paul Raymond, dans sa thèse cite les faits de Wallace Beatty et de Kaposi comme survenus chez des adolescents.

Ces faits n'ont pas été suivis d'examen histologique. Il y avait le plus grand intérêt à pouvoir le pratiquer : les lésions de l'urticaire pigmentaire sont des plus caractéristiques, telles qu'elles ont été établies par Unna.

Eugène G..., 10 ans. Enfant pâle, délicat; asymétrie crânienne, écartement des pavillons auriculaires. Angines fréquentes, bronchites. A l'âge de 5 ans, il a présenté pendant trois semaines une dermatose que le médecin traitant a appelée urticaire.

Dans les premiers jours du mois d'octobre 1895 il se plaignait de démangeaisons généralisées; on constata des lésions analogues à des piqûres d'ortie, elles furent très fugaces. Dès le début la mère remarqua l'existence de taches pigmentaires sur le cou et les mains. L'éruption ortiée disparut, mais les taches s'étendirent à une grande partie du corps; au bout de quelques jours encore, aucune nouvelle n'apparut.

La seule modification que l'on puisse signaler depuis cette période est l'accroissement de la pigmentation. Les taches sont devenues de plus en plus foncées. Le prurit a persisté et s'est même accru.

État actuel des lésions cutanées (février 1896). — La face est tout à fait respectée.

Le cou est recouvert de macules arrondies ou ovalaires, quelques-unes allongées dans le sens vertical, non confluentes. Leur couleur est celle du café au lait très foncé. Elles n'ont généralement pas un centimètre de diamètre.

Des macules aussi foncées, également serrées les unes près des autres, recouvrent symétriquement la face antérieure des aisselles, les faces interne et antérieure des bras, la face antérieure de l'avant-bras, les régions inguinales, la face interne des cuisses, la verge et les creux poplités.

Sur le tronc et la face d'extension des membres, on trouve de nombreuses taches, beaucoup moins visibles, beaucoup moins pigmentées. L'éruption présente donc un caractère de diffusion très net; elle ne respecte en dehors de la face, que les mains, les jambes et les pieds.

On ne peut par aucun procédé provoquer de dermographisme. Il n'existe sur les corps aucune trace de lésions érythémateuses : les muqueuses sont absolument saines; il existe quelques très petits ganglions inguinaux, tels qu'on peut les constater chez un enfant normal.

Quel diagnostic peut-on porter?

Il n'existe chez cet enfant aucune trace de syphilis : le dessin de la pigmentation au cou n'est du reste pas celui de la syphilide pigmentaire. L'urticaire initial, le prurit persistant permettent encore d'éloigner toute hypothèse de vérole.

Pour confirmer l'hypothèse d'urticaire pigmentaire à début tardif, une biopsie fut faite sur la face antérieure de l'avant-bras. Fixation par le sublimé acétique. Inclusion dans la paraffine. Coloration dans la thionine, l'hématéine, etc.

Étude histologique. — La simplicité des lésions permet de condenser leur description en quelques lignes. Elles sont assez peu accusées pour n'apparaître qu'à un fort grossissement.

L'épiderme ne présente aucune altération. Mais dans le derme, le long des vaisseaux sanguins dilatés, on constate un nombre anormal de cellules qui forment de très petits amas lorsque la coupe atteint les cavités sanguines normalement à leur direction.

Ces amas comprennent des cellules dues à la multiplication des cellules fixes et en grand nombre des mastzellen. Celles-ci ont tantôt un aspect ramifié avec de longs prolongements, tantôt elles sont fusiformes, ces dernières sont toujours les plus voisines du vaisseau. On n'en rencontre que peu de cubiques. Leur noyau est colorable, clair et de forme ovale : les granulations basophiles sont plus ou moins serrées, mais toujours régulièrement disposées en mosaïque.

Ces mastzellen sont très nombreuses, mais généralement en voie d'atrophie dans la zone vasculaire qui entoure les follicules pileux. A distance des vaisseaux elles sont peu nombreuses. Mais le fait important est leur grande rareté dans les papilles un peu élargies, alors que dans le réseau sous-papillaire elles sont abondamment semées.

Par contre, dans les papilles on trouve parfois en très grand nombre des cellules qui ont exactement les dimensions et la forme des mastzellen, comme elles fusiformes sur le bord des vaisseaux ; ramifiées, à longs prolongements multiples plus en dehors. La seule différence est qu'elles sont infiltrées non de granulations basophiles mais de granulations pigmentaires d'une couleur ocre sur les coupes montées directement dans la glycérine. Ce sont des cellules pigmentaires telles qu'on les trouve en abondance dans beaucoup de lésions dermiques. Leur noyau est ovalaire et a exactement les caractères de celui des mastzellen.

Il est très rare d'observer du pigment dans la couche épidermique basale, et on ne peut hésiter à rattacher la couleur des plaques à l'agglomération de cellules pigmentaires dans les papilles.

L'étude du sang a été faite. Nous n'avons pas trouvé comme il est de règle de mastzellen en circulation. Sur 100 globules blancs, 51 ont le type mononucléaire et lymphocytaire, 47 polynucléaires ; 4 éosinophiles (ce dernier chiffre est normal chez l'enfant).

Les faits histologiques confirment l'hypothèse diagnostique émise.

Sans doute on ne trouve pas au microscope cette agglomération excessive de mastzellen devenues cubiques par pression réciproque, qui a tellement frappé les observateurs dans les cas typiques. Mais l'infiltration de mastzellen est considérable autour des vaisseaux, et on ne peut relever d'autre lésion cutanée appartenant à un processus

différent ; en particulier il n'y a aucune trace de lésion qui pourrait être due à la syphilis.

L'absence de pigmentation épidermique a été déjà relevée dans l'urticaire pigmentaire typique ; dans l'observation de Raymond comme chez notre malade, la couleur des plaques est due aux cellules à grains ocre comprises dans les papilles. (V. la planche que termine la thèse de cet auteur.)

Toutes les différences qui séparent la maladie de Nettleship dans sa forme classique et l'observation actuelle sont en résumé de même sens, et si l'on veut nous permettre l'expression, ce sont seulement des différences quantitatives, des différences d'intensité. La poussée urticarienne a été unique, elle a été peu violente, les lésions qu'elle a déterminées sont discrètes, nous trouvons des platzellen nombreuses mais non confluentes. Aussi ne croyons-nous pas dépasser les bornes de l'induction permise en intitulant notre observation : urticaire pigmentée atrophique. Nous espérons que la relation de faits intermédiaires de faits d'union, débutant à un âge moins avancé, laissant des lésions plus intenses, prouvera le bien fondé de notre hypothèse.

M. FEULARD. — Il me semble que dans les cas d'urticaire pigmentée vraie que nous avons déjà vus, je parle surtout d'un premier cas observé il y a plus de dix ans par mon maître, M. Vidal et moi, et qui fut je crois le premier publié en France (*Ann. de dermatologie*, 1885, p. 155, Moulage du musée, n° 945) et d'un autre cas longtemps suivi dans le service de M. le professeur Fournier et dont l'observation figure tout au long dans le travail de M. Paul Raymond, la nuance des éléments éruptifs étaient plutôt couleur lie de vin, vieux rouge, que dans le cas présent où elle est franchement marron ; de plus, au niveau des éléments éruptifs la peau était comme plissée ou mieux comme gaufrée ; et les moindres frictions amenaient rapidement la turgescence et la coloration rouge de quelques-uns de ces éléments.

M. E. BESNIER. — Il n'est pas niable qu'il n'y ait eu ici une phase urticarienne prurigineuse ; on ne peut éviter d'en tenir compte. D'autre part, l'urticaire pigmentée est une affection trop mal connue encore pour que nous puissions nier les faits comme celui-ci, sorte d'intermédiaire peut-être entre l'urticaire pigmentée infantile et l'urticaire des adultes.

M. Baocq. — J'ai vu chez l'adulte des urticaires laisser des taches pigmentaires assez analogues à celles que présente cet enfant.

Il ne s'agit pas ici du type morbide pur décrit sous le nom d'urticaire pigmentaire. Mais ne s'agit-il pas d'un fait analogue à ceux que j'ai vus chez les adultes ? C'est ce que je croirais assez volontiers.

Chancres mou de la langue.

Par MM. EMERY et SABOURAUD.

M. A..., âgé de 25 ans, découpeur sur métaux.

Ce malade présente comme antécédents une blennorrhagie contractée en 1891. En 1893, il prit la syphilis. La spécificité du chancre qu'il présentait à la verge fut confirmée par l'apparition d'une roséole et de plaques muqueuses buccales. Depuis cette époque, aucun nouvel accident syphilitique ne survint dans la bouche non plus que sur aucun autre point du corps. Quelques ganglions axillaires et inguinaux, petits, durs et indolents sont les seuls vestiges subsistants de cette syphilis.

Depuis six ans environ, ce malade présente une particularité intéressante dans l'espèce. Chaque année, et à peu près à la même époque, sans cause d'appel apparente, survient sur sa langue une explosion de petites ulcérations grisâtres très douloureuses. Elles guérissent rapidement sans traitement.

Le malade ne présente aucun phénomène de tuberculose pulmonaire ni laryngée.

4 janvier. Le malade a des rapports avec une femme de rencontre. Il pratique le coït et le baiser vulvaire.

Une semaine après environ, il constate la présence d'une petite ulcération sur le bord libre du prépuce. Cette première ulcération est suivie, dès le lendemain, de deux autres lésions semblables situées côte à côte près de la première, et d'une troisième située sur le raphé postérieur du fourreau à 4 centim. de la naissance du scrotum.

Ces ulcérations s'accompagnent d'une adénopathie inguinale double très douloureuse.

Au même moment, le malade remarque sur la face dorsale de la pointe de la langue une petite fissure, large de 1 millim. environ, dirigée dans le sens antéro-postérieur. Cette fissure est rouge, non saignante et nullement douloureuse.

Le mardi 14, le malade vient consulter M. le professeur Fournier pour ses ulcérations de la verge et de la bouche qui prennent une extension croissante.

A son entrée dans le service, on constate sur la verge la présence de quatre ulcérations présentant les caractères typiques du chancre mou. Deux hubons en voie de ramollissement, très douloureux à la pression, se trouvent l'un dans l'aîne droite et l'autre dans l'aîne gauche. A la langue, on constate une ulcération siégeant sur la face dorsale de la pointe à droite du sillon médian.

Cette ulcération, de forme irrégulièrement arrondie, a environ 6 à 7 millim. de diamètre.

Les contours très nets tranchent sur le fond rosé de la muqueuse voisine absolument saine. Ils présentent quelques sinuosités, et, à la partie postérieure, un petit prolongement dans les tissus sains qui donne à cette lésion la configuration d'une ulcération en raquette.

Les bords sont d'un rouge vif, légèrement surélevés, sans induration appréciable. Ils sont taillés en biseau et décollés du fond de la plaie.

Celui-ci est recouvert d'un enduit pultacé blanc grisâtre, d'apparence diphtéroïde. Cette concrétion peu adhérente s'enlève facilement par un léger grattage et la lésion apparaît alors unie et de coloration gris rosé, sans saignottement. Cette ulcération ne provoque aucune douleur spontanée. Seule, l'irritation provoquée par les aliments incommode le malade. Celui-ci ne présente rien d'autre sur la langue, si ce n'est une petite plaque lisse, décapillée, de la dimension d'une petite lentille, située dans le voisinage de l'ulcération, et sans caractères propres d'ailleurs.

On ne trouve aucune lésion dans le reste de la cavité buccale ni sur les parois du pharynx.

Les dents sont en mauvais état, beaucoup ne sont plus que des chicots, mais on ne constate aucune lésion de la muqueuse à leurs points de contact; elles ne provoquent aucune souffrance.

Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et douloureux à droite. Ils ont à ce moment la grosseur d'une noisette environ.

L'évolution ganglionnaire est rapide à la région inguinale et surtout à la région sous-maxillaire.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le jeudi, l'adénopathie sous-maxillaire ne forme plus qu'une seule masse qui tend à se ramollir en son centre. Le samedi, elle est devenue une grosse tumeur fluctuante, de couleur violacée, et du volume d'une mandarine. Sa palpation réveille de vives douleurs. Quoiqu'avec de moindres proportions, le bubon inguinal gauche suit la même évolution. Dans l'aîne droite, les tumeurs ganglionnaires se résorbent.

Mercredi 15. Dès le lendemain de l'entrée du malade on pratique une inoculation dans la région deltoïdienne du bras gauche, avec de la substance grattée sur les bords de l'ulcération linguale. Vingt-quatre heures après cette inoculation, on constate sur le bras la présence d'une petite ulcération creuse, putriforme, recouverte d'une croûte. M. le professeur Fournier reconnaît à cette lésion les caractères de l'inoculation du chancre mou.

La cicatrisation de ce chancre inoculé est rapide; après une période d'accroissement en profondeur et en surface de deux jours, la plaie se dessèche et se répare. En huit jours, son évolution est terminée.

Une deuxième inoculation est pratiquée dans les mêmes conditions le samedi suivant, au bras droit.

Les caractères de cette seconde inoculation sont identiques à ceux de la première. Elle se montre cependant moins extensive; en cinq jours, sa cicatrisation est complète.

La recherche du bacille de Ducrey dans les concrétions et dans les parois de la plaie linguale, faite par M. le Dr Sabouraud, chef de laboratoire du service, lui donne dès ce moment des résultats positifs.

Samedi 24. On ponctionne les bubons sous-maxillaires et inguinaux. L'analyse à laquelle M. le Dr Sabouraud soumet comparativement les pus des deux abcès, fournit de nouvelles preuves en faveur du diagnostic de chancre mou de la verge et de la langue.

A la suite de cette ponction, les tumeurs ganglionnaires tendent à se résorber rapidement. Le bubon sous-maxillaire diminue rapidement de volume, la peau reprend sa coloration normale, et il ne subsiste au bout de quelques jours qu'une petite masse indurée de la grosseur d'une noix.

Le bubon inguinal se résorbe moins vite. Une incision est nécessaire le 26. On retire environ une cuillerée à café d'un pus de couleur chocolat mélangé de sang.

Le processus réparatif du chancre lingual n'est pas moins rapide. Dès le 26, c'est-à-dire douze jours après l'entrée du malade, l'ulcération s'est modifiée. Elle diminue d'étendue et de profondeur. Son fond se déterge, le léger relief des bords a disparu.

Les chancres de la verge suivent également un processus de réparation rapide.

13 février. Lors de la présentation du malade à la Société de dermatologie, les chancres de la verge sont complètement cicatrisés, les bubons ont disparu, et il ne reste plus de l'ulcération qu'une petite tache lisse et opaline qui permet à peine de le distinguer sur le fond rosé de la muqueuse linguale.

Le traitement employé a été le pansement à l'iodoforme des chancres de la verge, et les lavages antiseptiques de la bouche.

Étude bactériologique, par M. SABOURAUD. — L'histoire microbienne des lésions chancereuses de ce malade est pleine d'intérêt.

Car dans l'ulcération de la langue comme dans celle de la verge nous avons rencontré le bacille de Ducrey-Unna, en quantité, tandis que le pus de l'un et de l'autre bubon n'a montré aucune forme microbienne quelconque.

Trois faits sont donc remarquables ici :

I. — La simultanéité, la parité objective et l'identité de marche des deux lésions à la verge et à la langue.

Mêmes ulcérations de même date, de même aspect, de même allure, prouvées l'une et l'autre par la même inoculation expérimentale positive, et ayant donné lieu l'une et l'autre, à un bubon suppuré dans le même laps de temps.

II. — La preuve bactériologique facile dans l'une et dans l'autre ulcération par la recherche positive du microbe sous ses deux formes désormais classiques du bacille libre à bouts arrondis dans le pus liquide (Ducrey) et du bacille en chaîne dans la paroi non encore nécrosée (Unna).

III. — Enfin le fait aussi remarquable de deux abcès ganglionnaires, abcès chauds, formés et ouverts en dix à douze jours, contenant un pus qui se montre rigoureusement amicrobien au microscope et à la culture.

La culture négative écartant toute hypothèse d'un abcès d'infection secondaire.

L'examen microscopique négatif montrant la disparition excessivement rapide du micro-organisme causal.

Ce dernier fait doit être rapproché d'un cas presque semblable aux nôtres et publié récemment ici par M. Gaucher.

Le pus d'un abcès chaud ganglionnaire de l'aîne, consécutif à une

blennorrhagie à gonocoques, n'avait montré ni le gonococque ni aucun microbe et ses cultures étaient demeurées stériles.

M. Gaucher semblait en induire un doute sur la spécificité du gonococque. Dans le pus blennorrhagique et dans le bubon secondaire pourraient exister le microbe spécifique de la blennorrhagie, inconnu et incolorable, et le gonococque qui serait un organisme banal du pus urétral.

Les deux faits que nous publions pourraient donner lieu à une interprétation semblable. On pourrait dire que le bacille de Ducrey-Unna n'est pas le bacille du chancre mou, malgré sa constance dans cette lésion, et que le micro-organisme inconnu et incolorable qui en est cause, existe peut-être dans le chancre et dans le bubon sans que nous puissions l'y démontrer.

Nous préférons, pour expliquer ces faits, les identifier à des faits de même ordre qui sont indiscutables et établis. Car il y a plusieurs maladies microbiennes, la morve en particulier, dans lesquelles les abcès spécifiques souvent ne contiennent plus de microbes colorables lorsqu'ils s'ouvrent à l'extérieur. Et nous croyons que le bacille causal du chancre et du bubon disparaît de l'ulcération quand elle se déterge et de l'abcès quand il arrive à s'ouvrir.

M. FOURNIER. — C'est là, je pense, le premier exemple démontré de chancre simple de la langue. Sa bénignité est à noter et à rapprocher de celle des chancres céphaliques. Les expériences de Nadaud ont montré, il y a longtemps, que le chancre mou est inoculable à la face, mais qu'il *y prend mal* et que les ulcérations se cicatrisent rapidement.

M. JULLIEN. — Pourtant dans les inoculations que fit ultérieurement M. Horteloup, il y eut des cas assez sérieux qui nécessitèrent la cautérisation au chlorure de zinc. Quant à la bénignité à la langue, on pourrait faire intervenir l'atténuation du bacille par une température élevée, comme l'a montré Aubert (de Lyon).

Un cas de leucoplasie linguale.

Par M. L. JULLIEN.

L'homme d'apparence très vigoureuse que je vous présente s'est aperçu il y a trois ans, il avait alors 42 ans, qu'une plaque blanche se dessinait sur la face dorsale de sa langue, à gauche de la ligne médiane. Tous les attouchements possibles ont été pratiqués sans réussir à en empêcher le développement, et nous la voyons aujourd'hui longue de près de 4 centim., large de 1 centimètre et demi, en forme générale allongée, avec un prolongement en pointe en arrière et des bords irrégulièrement festonnés. Au premier aspect la teinte blanche est si franche et tranchée si complète-

ment avec les tissus environnants, qu'on croirait à une plaque de porcelaine, d'autant qu'elle est épaisse et dépasse notablement le niveau de la muqueuse. J'ajouterai qu'elle est dure, résistante sous le doigt, et d'ail-



leurs absolument insensible. Aucune douleur, aucune sensation à sa surface, l'élocution est seulement un peu gênée, l'organe est moins agile, le malade est incessamment obligé de ramener de la salive à la surface pour l'humecter.

Il est très peu prouvé que M. X... ait eu la syphilis, en tout cas il n'en

porte aucune trace. Il a fumé beaucoup et ne fume plus du tout maintenant. Il n'a jamais fait d'excès d'alcool. En revanche, c'est un dyspeptique enraciné. Il souffre beaucoup du tube digestif, et c'est un nerveux toujours en proie à des vertiges et à des défaillances; il est en outre hémorroïdaire de vieille date. La salive est de réaction normale.

Les urines examinées par M. Girard se sont montrées fort normales. Elles renferment une trace d'albumine et de sucre, de l'indican en assez forte quantité, dénotant les fermentations intestinales, des traces d'hémaphéine, d'urohématine, d'uroérythrie et de hile, signes d'insuffisance hépatique; tous les composés minéraux et l'urée dépassent énormément en vingt-quatre heures les moyennes ordinaires (éléments minéraux, 30 gr.; urée, 53 gr. 84; chlorure de sodium, 20 gr. 70; acide phosphorique, 5 gr. 11; acide phosphorique, 5 gr. 12); l'acide urique seul est faible : 0 gr. 36. Le sédiment donne de nombreux cristaux oxaliques.

Le tissu morbide a été une fois détruit par le thermocautère et n'a pas tardé à se reformer. Je connais des cas dans lesquels l'extirpation sanglante n'a pas mieux réussi, sur la cicatrice la tache blanche s'est reproduite. La chirurgie est donc à peu près inefficace.

La bactériologie est restée muette et négative jusqu'ici; l'histologie si bien faite par Leloir nous a fait voir les lésions de l'hyperkératose, et Stanziale a trouvé l'elléidine, et les éléments ovoïdes ou piriformes à membrane réfringente, à contenu granuleux semblables à ceux que l'on rencontre dans les dégénérescences épithéliomateuses.

Jusqu'ici rien n'est venu éclaircir le traitement, c'est pour cela que je prie mes collègues de vouloir bien me dicter la conduite que je dois tenir dans ce cas très caractéristique.

M. A. FOURNIER. — M. Tillaux a fait, dans un cas analogue, le raclage de la langue, avec un résultat excellent.

M. BROCQ. — Vers 1884, j'ai été consulté par un malade qui présentait sur la face dorsale de la langue une production cornée énorme pour laquelle un chirurgien des plus renommés voulait lui enlever la langue. Fort effrayé il se remit entre mes mains. Je lui pratiquais tous les quinze jours environ un raclage superficiel de sa leucokératose, enlevant des copeaux de plusieurs millimètres d'épaisseur et tâchant de ne pas intéresser les papilles linguales. Entre temps il faisait des cautérisations à l'acide chromique et à l'acide salicylique. Au bout de dix ans de soins, il fut emporté par une maladie accidentelle. La leucokératose était devenue moins active comme production de substance cornée, mais elle n'avait nullement guéri. C'est pour de semblables lésions que M. le Dr Perrin (de Marseille) a fort justement recommandé la décortication de la langue avec le galvanocautère : il a fait sur ce point des travaux des plus estimés, et il a publié des succès fort remarquables. Aussi désormais, dans un cas semblable à celui qui nous est présenté, n'hésiterais-je pas à conseiller l'intervention chirurgicale par la décortication. Certes, l'épithéliomatose peut ne pas survenir, mais en somme elle est possible : elle constitue une menace permanente. D'autre part, si l'on n'intervient pas radicale-

ment on a en perspective une série ininterrompue de soins des plus minutieux qui deviennent une véritable obsession. Il vaut beaucoup mieux délivrer les sujets.

M. GAUCHER. — Dans les cas de M. Perrin la lésion était plus étendue; il suffirait d'employer ici le procédé de Vatrassowski, c'est-à-dire des attouchements de bichromate de potasse au cinquantième.

M. DE LAVARENNE. — Un de mes malades, très analogue à celui de M. Julien, traité par les attouchements chromiques et le raclage très superficiel, a bénéficié en trois années d'un amincissement considérable équivalant à la guérison.

M. E. BESNIER. — Il ne faut pas envisager seulement l'état actuel, mais l'évolution ultérieure qui aboutit parfois à la transformation épithéliale. Je suis donc partisan de l'intervention active par le raclage ou la décortication ignée.

Sur un cas de lèpre avec granulomes lépreux miliaires généralisés, lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne et poussée lépreuse aiguë érysipéatoïde.

Par MM. E. GAUCHER et RAOUL BENSAUDE.

Malgré la grande banalité des observations de lèpre à l'heure actuelle, le cas suivant, intéressant à plusieurs points de vue, m'a paru digne d'être présenté à la Société de dermatologie.

Il s'agit d'un homme de 29 ans, malade depuis 1891, chez lequel la principale lésion lépreuse consiste dans des granulations miliaires groupées sous forme de larges placards symétriques sur le tronc et les membres.

Ces granulations lépreuses ressemblent à de petits nodules lapiques et aux éléments de la syphilide granuleuse miliaire. Elles sont remarquables par leur confluence et leur généralisation à presque toute la surface du corps.

Au microscope ces granulations se montrent constituées par des flots de cellules lépreuses nettement limités et farcis de bacilles de Hansen.

Le malade, atteint de lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne, a eu sous nos yeux une poussée érysipéatoïde de la face survenue en même temps qu'une otite moyenne suppurée et un phlegmon du bras à streptocoques. La poussée érysipéatoïde était-elle due à une exaltation de la virulence du bacille de Hansen par le streptocoque ou à une véritable infection secondaire sur les tissus lépreux? L'absence de streptocoques dans la sérosité de la

plaque et la coexistence d'une poussée de pemphigus lépreux rend la première hypothèse plus vraisemblable.

Un dernier détail mérite d'être mentionné, c'est l'augmentation des cellules éosinophiles dans le sang de notre malade. Dans certains cas de lèpre, en effet, l'abondance de ces éléments dépasse les limites de l'éosinophilie commune à la plupart des dermatoses pour atteindre des proportions aussi considérables que dans la maladie de Dühring. Voici l'observation de ce malade :

M. X..., âgé de 29 ans, venant de la Havane, entre le 10 octobre 1895 dans le service de M. le professeur Fournier, suppléé par M. le Dr Gaucher. Il est venu en France se faire soigner par M. Gaucher, à qui il a été adressé par le Dr Vidal, de la Havane.

Antécédents de famille. — Le malade est le dernier enfant d'une nombreuse famille dans laquelle, malgré une enquête minutieuse, on ne trouve point de lèpre. Parmi ses ascendants il a connu ses deux grand'mères, sa mère et un oncle paternel qui n'ont jamais présenté la moindre manifestation lépreuse. Un frère et trois sœurs plus âgées que lui sont bien portants. Marié depuis le 1^{er} août 1891 (époque à laquelle débuta la maladie actuelle) il continua à cohabiter avec sa femme jusqu'à son départ en Europe. Celle-ci et les trois enfants qu'elle a mis au monde, âgés de 3 ans et demi, 1 an et demi et 2 mois, sont bien portants.

On ne trouve donc aucun antécédent lépreux chez ce malade. Du reste une enquête faite par des médecins de la Havane auprès des membres de sa famille serait restée négative.

Dans ses *antécédents personnels* on ne relève que la variole en bas âge et une ulcération de la verge à l'âge de 23 ans (en 1889). Celle-ci siégeant au niveau du frein, n'a point laissé de cicatrice, a guéri par une simple application de pommade iodoformée et n'a pas été suivie de roséole ni de plaques muqueuses. Le médecin consulté aurait diagnostiqué : chancre simple non syphilitique.

Le début de la maladie actuelle remonte au commencement de l'année 1891. Le malade prétend, sans preuve d'ailleurs, avoir été contaminé par une négresse qui servit comme femme de ménage chez ses parents pendant huit à dix mois. Cette femme ne couchait jamais à la maison ; elle ne faisait ni la nourriture ni la chambre du malade. Mais à deux reprises différentes il eut des rapports momentanés avec elle. Il vit alors sur les deux avant-bras de cette négresse des croûtes qui éveillèrent chez lui l'idée de la lèpre. Cependant elle n'était pas considérée comme lépreuse, sa figure était indemne et le malade ignore si elle a présenté des lésions lépreuses depuis lors. Il nie tout contact avec des lépreux avérés. C'est tout au plus, dit-il, s'il en a vu quelques-uns dans la cour de l'hôpital et dans les rues de la Havane. Les conditions hygiéniques ne semblent avoir joué aucun rôle dans le développement de son mal. Né deux mois après la mort de son père, il a été élevé avec soin par sa mère qui, restée seule avec cinq enfants, était dans une situation assez précaire. Cependant elle éleva ses enfants avec de grands soins de propreté, dans un logement bien aéré

et avec une nourriture toujours suffisante. Les premières années de sa vie se passèrent dans la petite ville de Guynes (il ignore si la lèpre y régnait à l'état endémique); à l'âge de 7 ans il vint habiter la Havane où il est resté depuis lors. Le poisson de mer, la viande de porc ont toujours constitué son alimentation préférée.

Les premiers symptômes de lèpre ont apparu en été 1891. Au moment de son mariage (le 1^{er} août 1891) le malade se rappelle nettement avoir éprouvé des fourmillements dans le petit doigt des deux mains, fourmillements qui ne l'ont pas quitté depuis. Vers le commencement de l'année 1892 (six à dix mois plus tard) survinrent des petites taches roses sur la poitrine et le dos. Un médecin consulté à cette époque lui fait prendre de l'huile de Chaulmoolgra à très haute dose.

La déformation de la face, les lésions des membres et des muqueuses, les troubles nerveux se sont montrés petit à petit sans poussée aiguë et sans que le malade puisse déterminer l'ordre exact de leur apparition.

État actuel (12 octobre 1895). — Actuellement on se trouve en présence d'un homme de grande taille, assez bien musclé, presque imberbe. Intelligent et de caractère doux; il est sujet à des accès d'hypochondrie et a eu à plusieurs reprises des idées de suicide à cause de sa maladie.

LÉSIONS CUTANÉES. — La face est le siège de lésions multiples qui s'arrêtent à la limite inférieure du front. Au niveau des sourcils il existe une sorte de bourrelet avec induration profonde et quelques petits tubercules du volume d'un petit pois. Deux grands placards symétriques, rouge violacé, d'aspect légèrement mamelonné et cicatriciel, occupent les joues. A leur niveau la peau est épaisse et infiltrée. Une infiltration semblable se trouve sur la houppe du menton, le dos et les ailes du nez et donne à ce dernier organe une forme élargie et légèrement épatée. Les pavillons de l'oreille sont tuméfiés, épaissis, rouges et écartés de la tête. Le bord de l'hélix est mousse. Le lobule de l'oreille gauche est déchiqueté; la pression en fait sortir quelques gouttes de muco-pus.

Ces lésions déforment la face du malade dans son ensemble juste assez pour permettre à un œil exercé de poser d'emblée le diagnostic de lèpre. Sur le reste du corps existent des altérations variables allant depuis la simple macule jusqu'au tubercule du volume d'un petit pois.

Mais la lésion prédominante et sur laquelle nous désirons insister, est la *granulation miliaire lépreuse* qui ressemble en tout point au nodule du lupus. Arrondies, nettement délimitées, du volume d'un grain de mil à une tête d'épingle, ces granulations présentent une coloration fauve ou jaune brunâtre. Elles pâlissent sous la pression du doigt sans disparaître toutefois. Enchâssées dans le derme, elles forment une élévation perceptible à la vue, mais pas au toucher; parfois cependant elles offrent une légère saillie. Elles siègent tantôt au niveau même des orifices pileux, tantôt en dehors d'eux.

Ces granulations miliaires groupées par milliers, constituent de grands placards symétriques et donnent à la région atteinte un aspect pointillé jaune brun spécial. Entre les granulations, la peau garde souvent sa coloration normale, mais est épaissie et glabre. Ce n'est que dans de rares endroits que des poils follets sont conservés. A la loupe, on se rend mieux compte de ces détails, mais on n'en aperçoit pas d'autres.

Au *tronc*, la granulation miliaire est la lésion presque exclusive. Elle forme de grands placards symétriques au niveau de la région mamelonnaire, sous le rebord des fausses côtes et des deux côtés de la colonne vertébrale, depuis la partie inférieure de l'omoplate jusqu'à la dernière côte. La peau du ventre et de la région lombaire est intacte, mais les granulations redeviennent très confluentes sur les deux fesses, surtout sur la gauche.

Au niveau des régions ainsi envahies par les granulations lépreuses, se voient d'autres lésions : 1° de rares macules fauves du volume d'une pièce de 20 centimes, 50 centimes ou même plus grandes ; 2° quelques papules de consistance molle, de même couleur et d'aspect brillant ; 3° des petits tubercules durs, isolés et mobiles au niveau desquels la peau présente cette même teinte fauve.

Le *scrotum* est parsemé de petits tubercules bruns faisant corps avec la peau dont le volume atteint à peine celui d'une lentille.

Membres supérieurs. — Des granulations miliaires, ayant tous les caractères décrits plus haut, ont envahi la partie inférieure et dorsale des deux avant-bras. On y voit de plus, de rares macules couleur fauve.

Aux *membres inférieurs*, les granulations miliaires constituent de vastes placards symétriques à la face externe des cuisses et sur les mollets.

Les *ganglions* axillaires, inguinaux et cervicaux sont légèrement engorgés.

LÉSIONS DES MUQUEUSES. — Les amygdales sont très hypertrophiées, surtout la gauche ; mais il n'y a point d'ulcération. Les muqueuses buccale et linguale sont indemnes. La muqueuse nasale a été envahie dès le début de la maladie. Depuis deux ans déjà, le malade expulse en se mouchant, une grande quantité de mucosités purulentes, épaisses, striées de sang et mélangées à des fragments durs.

L'examen des cavités nasales, fait par M. GASTOU, montre ce qui suit :

Dans la narine gauche, les cornets apparaissent tuméfiés, recouverts de pus sanguinolent et de croûtes. La cloison elle-même disparaît recouverte par l'exsudat purulent. Après nettoyage, on voit que le cornet inférieur principalement et le cornet moyen sont le siège d'ulcérations allant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille et plus. Il n'y a pas de perforation de la cloison.

Les cavités nasales droites sont moins altérées ; il existe bien une tuméfaction irrégulière généralisée des cornets, mais sans ulcérations ni suppurations.

Ces lésions revêtent les caractères de véritables tubercules lépreux ulcérés ou non.

Malgré ces lésions, l'odorat est parfaitement conservé.

Le larynx et les conjonctives sont indemnes.

LÉSIONS NERVEUSES. — Les deux nerfs cubitiaux, surtout le droit, sont renflés, moniliformes immédiatement au-dessus de la gouttière située entre l'épitrochlée et l'olécrâne. Un épaississement plus régulier existe le long du nerf médian droit à la partie moyenne du bras. Les nerfs tibiaux ne présentent pas d'altération appréciable.

Les parties épaissies sont douloureuses au toucher et leur pression provoque des douleurs et des fourmillements dans la sphère des nerfs correspondants.

Les troubles de la sensibilité ont débuté il y a trois ou quatre ans, par des picotements et des fourmillements dans la zone du cubital, et spécialement au niveau des deux petits doigts. Le malade raconte, de plus, avoir été très surpris à cette époque de ne plus sentir le froid d'une table de marbre sur laquelle il avait l'habitude de s'appuyer.

L'anesthésie n'existe qu'aux membres; la face, le cou, le tronc sont respectés.

Au membre supérieur droit elle ne se montre qu'à la face postérieure. La moitié interne de la main droite, le petit doigt, les premières phalanges du médius et de l'annulaire sont insensibles au contact, à la piqûre, au froid et au chaud. La sensibilité thermique a disparu sur la moitié interne de l'avant-bras et sur toute la face postérieure du bras. Cette dernière est également insensible à la piqûre.

A gauche, il y a abolition de la sensibilité à la piqûre sur la face postérieure du bras; l'avant-bras et la main sont intacts.

Membres inférieurs. Face postérieure. — La sensibilité tactile est conservée partout. La sensibilité à la piqûre est abolie sur le sixième inférieur de la cuisse gauche et sur la jambe gauche; la sensibilité thermique, sur le sixième inférieur des deux cuisses et sur les deux jambes. *Face antérieure :* L'anesthésie au froid, à la chaleur et à la piqûre est complète sur le sixième inférieur de la cuisse, sur la jambe et le pied gauches. De plus, le simple contact n'est plus perçu sur la partie externe du dos du pied, sur les deux premières phalanges des troisième et quatrième orteils. A droite, il existe également une petite zone d'anesthésie thermique et à la piqûre sur la partie externe du pied. La sensibilité tactile est conservée dans toute l'étendue du membre droit.

En résumé, l'anesthésie est dissociée, irrégulière, ne correspond pas à la sphère d'un nerf cutané bien déterminé et n'affecte pas de rapports avec la distribution des granulations miliaires et les autres lésions cutanées.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Deux autres détails dignes d'intérêt sont : l'apparition de troubles trophiques sur l'ongle du petit doigt de la main droite qui est épaissi, disposé en plusieurs couches et irrégulier à son extrémité libre, et la disparition complète de la sudation sur le dos des mains et la face dorsale des pieds. Les sueurs sont au contraire exagérées sur le reste du corps, et en particulier sur le tronc.

L'examen approfondi des organes internes ne révèle rien d'anormal. Au niveau de la queue de l'épididyme droite existe une tumeur du volume d'une noix, indolente et ligneuse, apparue depuis deux ans et de nature certainement lépreuse. La température oscille autour de 37°; le pouls est petit mais régulier. Les fonctions digestives se font bien.

Le traitement institué a été l'huile de Chaulmoogra à doses progressivement croissantes (à partir de X gouttes par jour).

13 octobre. Le malade a ressenti vers 3 heures de l'après-midi un fort frisson, au moment où il jouait à la balle dans la cour.

Le 14. Il se plaint de maux de gorge et de bourdonnements d'oreilles. Les amygdales sont rouges et tuméfiées. On prescrit 2 grammes d'antipyrine.

Le 16. T. R. hier soir, 38°,5 ; ce matin, 38°,4.

L'état de la gorge s'améliore. Céphalalgie intense. Douleurs vives dans l'oreille gauche, empêchant le malade de dormir. Le pavillon de l'oreille gauche est rouge et très tuméfié.

Lavages à l'eau boriquée trois fois par jour. Pulvérisations boriquées sur le pavillon deux fois par jour, suivies d'applications de compresses boriquées. Six pilules d'extrait d'opium de 0,01 par jour. Potion de Todd avec de l'extrait de quinquina.

Le 17. T. R. hier soir, 38°,7 ; ce matin, 38°,4. Douleur au coude gauche où il existe un hygroma rouge, douloureux, fluctuant. Pansement boriqué. L'examen de l'oreille a été fait par M. Gastou.

A gauche : il s'écoule du conduit auditif externe une matière puriforme sanguinolente, qui comble entièrement le conduit. Après lavage à l'eau boriquée et nettoyage avec du coton boriqué, les parois du conduit apparaissent boursoufflées, tuméfiées, et par places formant de véritables mamelons. Sur la plupart de ces mamelons existent des exulcérations. Le spéculum auriculaire ne peut pénétrer au delà de l'ouverture du conduit, il est impossible de voir le tympan. Un stylet introduit dans l'oreille arrive sur l'os. Cet examen est très douloureux.

La perforation du tympan est démontrée par ce fait que l'injection faite dans l'oreille gauche ressort par la narine du même côté.

L'oreille droite est saine.

Les lésions de l'oreille gauche sont de même nature que celles des narines.

Le 19. T. R. hier soir, 40°,1 ; ce matin, 39°,7. Souffrances intolérables au niveau de l'oreille gauche.

Le 20. T. R. hier soir, 39°,5 ; ce matin, 40°. En examinant l'oreille, on est frappé de l'écartement considérable du pavillon, produit par une tumeur rouge vif, du volume d'une cerise paraissant fluctuante.

A 4 heures, le thermomètre marque 40°,2. Passage en chirurgie dans le service de M. le Dr Nélaton. L'interne de service n'incise pas la tumeur même, mais un ganglion situé au-dessous qui paraissait fluctuant. Il ne s'en écoule point de pus.

Le 21. T. R. hier soir, 30°,2 ; ce matin, 39°,8. Céphalalgie, soif vive, état saburral, insomnie. Souffrances toujours très vives au niveau de l'oreille. Le pavillon a pris une coloration rouge sombre, érysipélateuse. De plus, il existe un grand placard couvrant la joue gauche, d'aspect franchement érysipélateux, de teinte rouge cuivré, chaud à la main et douloureux au toucher. La limite n'en est pas nette, et il n'y a pas de rebord saillant.

Les paupières sont œdématisées et les ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens engorgés. Le nez et la joue droite ont gardé la coloration rouge plus mate qu'ils possédaient auparavant. L'hygroma supprimé du coude s'est ouvert en laissant écouler une petite quantité de pus.

Le malade est renvoyé du service de chirurgie par crainte de la contagion de l'érysipèle et mis dans une chambre d'isolement.

Le 22. T. R. hier, soir 40°,1 ; ce matin, 38°,6.

Même état général et local.

Le 23. T. R. hier soir, 39°,2 ; ce matin, 38°,7.

La joue droite devient à son tour rouge sombre et douloureuse. Le nez et l'oreille droite restent indemnes. Dans le courant de l'après-midi apparaissent sur la face interne de la jambe droite, vers l'extrémité inférieure, deux bulles tendues par un liquide citrin, dont l'une présente le volume d'une noix et l'autre celui d'un œuf de poule. C'est la première fois que le malade a du pemphigus lépreux.

Le 25. T. R. : 39° hier soir; 38°,7 ce matin. Le pavillon de l'oreille et les joues sont moins rouges et moins douloureux. La tuméfaction rétro-auriculaire a diminué de volume. L'écoulement de l'oreille persiste. Le malade se plaint du bras gauche qui est tuméfié et douloureux.

Le 27. T. R. hier soir, 39°,7; ce matin, 37°,2. Phlegmon du bras gauche et de la partie supérieure de l'avant-bras. Large incision et écoulement d'une grande quantité de pus verdâtre. Sur la partie postérieure et gauche du thorax existe un vaste placard érythémateux et œdématié.

Le 28. T. R. : hier soir, 37°,8; ce matin, 37°,1. Le malade a bien dormi. Le placard érythémateux du dos est en voie de disparition.

Le 30. T. R. : hier soir, 37°,3; ce matin, 37°,3. L'oreille et les joues ne sont plus douloureuses elles ont repris l'aspect qu'elles présentaient avant la poussée aiguë. Les suppurations du bras gauche et de l'oreille se tarissent. La tuméfaction rétro-auriculaire a disparu.

10 novembre. Le malade est complètement rétabli. Il n'a pas de fièvre, a bon appétit et dort bien. Il ne souffre plus des joues ni de l'oreille.

L'incision du bras gauche est en pleine cicatrisation. Depuis la poussée érysipélateuse, il a vu apparaître sur le corps de gros nodules douloureux du volume d'une noisette, recouverts d'une peau ecchymotique. Ces tuméfactions localisées rappelant les nodules de l'érythème noueux existent au nombre de 6 ou 7 sur le bras gauche et sont distribuées régulièrement sur les deux cuisses, au nombre d'une dizaine. Des nodules analogues qu'il a eus à la Havane n'auraient duré que peu de temps.

A la place des deux bulles de pemphigus de la jambe droite se trouvent maintenant deux ulcérations ovalaires à fond légèrement bourgeonnant.

L'examen histologique a été pratiqué par M. BENSAUDE sur un fragment de peau biopsié au niveau de la fesse gauche. La pièce, fixée par le sublimé acétique, a été montée dans la paraffine.

Les coupes portent sur la granulation miliaire et sont colorées par le bleu polychrome d'Unna.

L'épiderme coloré en bleu, a gardé son épaisseur normale; les cônes interpapillaires sont aplatis ou ont disparu. Il n'y a pas d'infiltration leucocytaire des cellules malpighiennes.

Les lésions du derme varient suivant le point examiné.

Au niveau de la granulation miliaire, la couche moyenne et profonde du derme est occupée par un vaste flot coloré en bleu foncé, de forme ovale, nettement limité et séparé de l'épiderme par une bande de tissu conjonctif non coloré. Profondément cet flot est en rapport avec les flots plus petits, mais nettement limités de la couche sous-dermique. Ces flots néoplasiques forment de véritables manchons autour des follicules pilo-sébacés.

Examinés à un fort grossissement (Leitz oc. 3, obj. 6) ces flots néoplasiques se montrent constitués par un amas de cellules (cellules

lépreuses) disposées sans ordre, irrégulières et de volume inégal qui contiennent un ou plusieurs noyaux vivement colorés en bleu et infiltrant les mailles du tissu conjonctif. Au milieu de ces cellules se trouvent des follicules pileux avec leur poil, des faisceaux manifestement hypertrophiés du muscle érecteur, des acini glandulaires et des vaisseaux à paroi épaissie. L'infiltration cellulaire semble s'être faite autour de tous ces éléments à la fois.

Dans les autres points de la préparation (*en dehors de la granulation miliaire*) la couche sous-papillaire est le siège d'une infiltration cellulaire formant des traînées irrégulières mal délimitées, séparées de l'épiderme par une mince bande de tissu conjonctif respecté. Les autres parties du derme sont indemnes.

A l'aide d'un grossissement plus fort (Leitz oc. 3, obj. 6) on ne trouve plus dans ces traînées superficielles l'aspect polymorphe des cellules constituant les flots profonds. Ici les cellules sont plus petites, arrondies, ovales ou triangulaires et contiennent un seul noyau. On y voit de rares orifices vasculaires, mais pas de follicules pilo-sébacés.

Sur les coupes colorées par la fuchsine phéniquée de Ziehl et le bleu de méthylène et examinées au moyen d'un objectif à immersion (Leitz 1/12) les traînées et les flots cellulaires se montrent farcis de bacilles de Hansen isolés ou en amas, occupant de préférence les espaces intra-cellulaires. Ces bacilles respectent d'une façon absolue l'épiderme et la bande conjonctive sous-épidermique. On n'en trouve pas non plus dans les follicules pilo-sébacés ni dans les glandes sudoripares.

Examen du pus de l'oreille et du sang. — Le pus de l'oreille examiné sur lamelle le 17 octobre contient à l'état pur un microcoque qui ne se décolore pas par la méthode de Gram et dont les grains de petit volume agencés deux à deux forment de nombreux diplocoques. Sur agar, le pus produit un semis de petites colonies transparentes ou blanchâtres formées par des cocci ou des diplocoques analogues à ceux trouvés dans le pus. Le bouillon ensemencé avec une de ces colonies se trouble après vingt-quatre heures. Il contient un grand nombre de microbes présentant tous les caractères morphologiques du *streptocoque pyogène* : chaînettes à petits grains de 4 à 6 éléments ne se décolorant pas par la méthode de Gram.

Le pus du phlegmon du bras contient également de courtes chaînettes dont les cultures sur bouillon et gélose ont le même aspect que celles du pus de l'oreille.

La sérosité de la plaque érysipélateuse, aspirée dans une pipette stérilisée, a été examinée le 23 octobre sur lamelle et ensemencée sur bouillon. Par aucun de ces moyens on n'a pu y découvrir l'existence de streptocoques.

La sérosité des bulles de pemphigus ne contient pas de bacilles de Hansen ni de cellules éosinophiles.

Examen du sang, fait le 29 octobre 1895 :

N (nombre des hématies par millim. cube), 4.371.000

R (richesse globulaire en hémoglobine, exprimée en globules sains), 3.572.000

G (valeur individuelle de chaque globule), 0,82.

B (nombre de globules blancs par millim. cube), 3.100

E (nombre de cellules éosinophiles par millim. cube), 263.

(C'est-à-dire 8,48 p. 100 du nombre total des globules blancs.)

En résumé, le sang de notre malade présente une anémie du premier degré sans augmentation du nombre total des globules blancs, mais avec une augmentation du nombre des cellules éosinophiles. Leur nombre est de 263 par millim. cube (au lieu de 100 à 200, chiffre normal) et la proportion par rapport au nombre total des globules blancs 8,48 p. 100 (au lieu de 2 à 4 p. 100).

La leucocytose éosinophile était bien plus considérable chez six autres lépreux que nous avons pu examiner et atteignait dans un de ces cas 28 p. 100 (1.600 par millim. cube) (1).

Traitement de la blennorrhagie par l'airol.

Par MM. LEGUEU et LÉVY.

Nous avons eu l'idée d'appliquer l'airol au traitement de la blennorrhagie chez l'homme. L'airol est un gallate d'oxyiodure de bismuth : c'est du dermatol iodé. C'est une poudre fine, d'un gris verdâtre, inodore, sans saveur, et insoluble dans les principaux réactifs. C'est à la fois un dessiccant et un antiseptique, qui a déjà donné entre les mains d'Hœgler de bons résultats dans le traitement des plaies.

Nous l'avons employé avec succès dans les mêmes conditions, mais nous ne voulons envisager en ce moment que les résultats qu'il nous a donnés dans le traitement de la blennorrhagie.

Nous l'avons utilisé en émulsion dans l'eau et la glycérine, suivant la formule déjà adoptée par Hœgler, mais en diminuant la proportion d'eau (glycérine 15 gr., eau 5 gr., airol 2 gr.). Après avoir fait uriner le malade, nous faisons un grand lavage de l'urèthre à la seringue à l'aide d'une solution boriquée à 4 p. 100. Et immédiatement nous injectons dans l'urèthre antérieur, 10 centimètres cubes de solution au dixième ; cette injection est répétée les jours suivants.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Quatre malades ont été traités de cette façon pour des uréthrites subaiguës datant de trois mois, deux mois, de cinq semaines, de quinze jours. Trois fois il s'agissait d'uréthrite à gonocoques ; une seule fois, il s'agissait d'une uréthrite avec infection secondaire multi-microbienne. Ces quatre malades ont guéri après trois à cinq injections.

(1) Ces résultats seront publiés ultérieurement de même que la technique employée pour déterminer le nombre des cellules éosinophiles par millim. cube. Le procédé qui consiste à faire le dénombrement de ces éléments sur des préparations de sang sec coloré est défectueux ; il ne donne que des chiffres relatifs dépendant essentiellement du bon étalement de la couche sanguine.

Dès le lendemain de la première injection, l'écoulement diminue d'une façon sensible; l'injection détermine à sa suite une brûlure assez manifeste, mais très supportable, et qui ne dure que quelques instants; mais les douleurs de la miction ne tardent pas à se calmer et à disparaître complètement, en même temps que l'écoulement.

Ces résultats, très satisfaisants, n'ont pas été temporaires; ils ont été définitifs. Il y a déjà plus d'un mois que la guérison s'est maintenue chez trois de ces malades: nous les avons revus chez eux et nous avons pu nous assurer qu'ils n'avaient plus aucun écoulement.

Nous croyons que l'airol doit prendre place parmi les agents modificateurs des infections uréthrales; nous ne pensons pas qu'il doive réussir dans tous les cas, mais les résultats obtenus sont cependant assez encourageants pour que nous ayons cru devoir vous les soumettre dès maintenant.

Pleurésie syphilitique du stade roséolique.

Par MM. P. SPILMANN et G. ÉTIENNE.

Les vingt-trois observations de pleurésies syphilitiques précoces rapportées par MM. Chantemesse et Widal, Talamon, Lyon, Prætorius, Rochon, Brousse, Raynaud, Monseret, ont laissé persister dans l'étude de cette affection plusieurs points obscurs (1). C'est donc faire œuvre utile de rapporter les nouveaux cas observés.

Le nommé Cl. A..., apprenti monteur en chaussures, âgé de 13 ans, entre à la clinique le 4 décembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Le père âgé de 55 ans, est emphysémateux depuis 33 ans; la mère est très bien portante.

Trois sœurs, mariées, qui n'ont jamais été malades; tous leurs enfants sont bien portants, sauf deux qui sont morts, l'un accidentellement, l'autre à l'âge de 2 ans, en trois jours, au cours d'une maladie épidémique. On ne trouve dans la famille trace d'aucun cas d'affection tuberculeuse.

Antécédents personnels. — L'enfant a eu la coqueluche à 4 ans; en 1894, luxation traumatique de l'épaule droite; il n'a jamais fait d'autre maladie.

Au commencement du mois d'août 1895 cet enfant a couché pendant deux nuits dans le même lit qu'une bonne sans place logée par ses parents. Cinq semaines plus tard, apparaissait un chancre du prépuce qui fut traité avec de l'eau blanche et s'accompagna de douleurs dans les aines. La roséole se montrait à son tour environ un mois après le chancre.

Quinze jours plus tard le malade entra à la clinique syphilitique de la maison de secours, et y recevait douze frictions (environ en 6 semaines).

(1) CARRA. *Des pleurésies syphilitiques*. Thèse, Paris, 1894.

Débuts de la maladie. — Le 23 novembre, au matin, sans aucune cause appréciable, il éprouva des vertiges et une douleur très violente du côté droit, accompagnés de quintes de toux et de vomissements. On applique un vésicatoire sur le côté gauche du thorax, et le 4 décembre on évacue le malade à l'hôpital civil.

État actuel, 5 décembre. — Enfant primitivement bien constitué, mais actuellement très pâle, anémié, dans un véritable état d'asthénie syphilitique. Sur la partie supérieure du prépuce est une échancrure profonde résultant de la cicatrisation du syphilome primitif, induration encore très manifeste. On ne peut découvrir le gland; dans les deux aines, pléiade ganglionnaire caractéristique, et, en outre, adénopathie généralisée secondaire très facilement constatable dans les régions cervicale, sous-maxillaires, axillaires, dans le triangle de Scarpa, etc.

Traces très nettes de roséole persistant encore sur le thorax ou l'abdomen; éphélides syphilitiques cervicales très caractérisées. Syphilide papulo-érosive en feuillet de livre sur la commissure labiale gauche.

Appareil pulmonaire. — Côté droit. En arrière, diminution de la sonorité à partir de l'épine de l'omoplate; matité plus compacte depuis l'angle inférieur et diminution du murmure, qui est complètement aboli à deux travers de doigt plus bas. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué à partir de l'épine, mais il reste cependant perceptible dans toute la hauteur du thorax; quelques petits frottements aux bases, des deux côtés de la colonne vertébrale léger souffle aigre. La voix est nettement entendue à partir de deux travers de doigt au-dessous de l'épine droite, et très légèrement entendue vers la base gauche.

En avant, inspiration et expiration normale des deux côtés; légère augmentation de la sonorité au sommet droit. Côté gauche: Les vibrations sont bien perçues dans toute l'étendue du thorax; l'inspiration au sommet est un peu plus accentuée que normalement, mais reste parfaitement muetle (suppléance).

Une ponction exploratrice permet de retirer 10 centim. cubes de liquide citrin, immédiatement injecté dans le péritoine d'un cobaye.

La rate est notablement hypertrophiée.

A part une céphalée matinale assez marquée, quelques douleurs musculaires dans les triceps cruraux, rien à signaler vers les autres appareils.

Les urines des 24 heures = 1,400 centim. cubes, D = 1013, renferment, d'après l'analyse de M. le professeur Guérin :

Urée.....	21
Acide urique.....	0,235
Chlore.....	3,192
Acide phosphorique total.....	1,84
Acide phosphorique combiné aux alcalis.....	1,512
Acide phosphorique combiné aux terres.....	0,33
Chaux combinée.....	0,087
Ni sucre, ni albumine.	

16 décembre. Les signes d'épanchement ont totalement disparu, une ponction exploratrice reste négative. Il n'y a plus d'égophonie; on entend

bien le murmure respiratoire jusqu'en bas, les vibrations thoraciques se perçoivent bien. Sommets indemnes. Éruption de quelques furoncles sur le devant du thorax.

Le 22. Le murmure respiratoire s'entend complètement jusqu'en bas, mais dans toute la hauteur du thorax et surtout aux deux bases, on perçoit des frottements. Submatité aux deux bases.

Le 26. Il existe encore une légère submatité à la base droite ; les frottements ont à peu près disparu.

13 janvier. On ne constate plus à l'auscultation trace de frottements. Au prépuce, le tissu cicatriciel, résidu du chancre, ferme presque complètement l'orifice du méat.

Le 14. Légère atteinte de laryngite aiguë.

Le 16. Le côté droit du thorax est légèrement affaîssi dans sa totalité, en comparaison du côté gauche, soit par légère atrophie musculaire post-pleurétique, soit par légère rétraction pleuro-pulmonaire.

Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Des 10 centim. cubes de liquide citrin retirés par ponction exploratrice, quelques gouttes ont été prélevées et ont servi à ensemercer des milieux de culture qui sont restés complètement stériles.

Le reste a été en totalité injecté dans le péritoine d'un cobaye ; cet animal a été sacrifié le 29 janvier, c'est-à-dire quelques jours plus tard, et à l'autopsie, nous ne trouvons trace d'aucune lésion tuberculeuse.

Il ne peut guère, pensons-nous, exister de doute sur la nature de cet épanchement pleurétique :

1) Il a bien évolué chez un syphilitique, et chez un syphilitique au début de son infection, coïncidant avec l'éruption roséolique.

2) Il est fort invraisemblable que nous nous trouvions en présence d'une pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse greffée sur une syphilis :

En effet, d'abord l'ensemble de ses caractères s'écarte de ceux de la pleurésie tuberculeuse primitive qui siège généralement vers la région moyenne, et rarement aux bases, localisation élective de la pleurésie syphilitique précoce.

L'évolution de cette dernière est généralement plus rapide, même si le traitement spécifique a été peu actif, comme pour notre cas ; la période fébrile a duré à peine 15 jours, l'élévation thermique restant très modérée ; l'épanchement a été extrêmement peu abondant.

Enfin, faits très importants, en aucun point chez le malade nous n'avons relevé la moindre trace d'une lésion tuberculeuse ; dans sa famille, il n'existe aucun antécédent bacillaire ; et enfin l'inoculation de 10 c.c. du liquide pleural dans la cavité péritonéale d'un cobaye est restée absolument stérile.

Nous croyons donc pouvoir poser le diagnostic de *pleurésie syphilitique du stade roséolique, avec épanchement à début aigu, à évolution rapide.*

Sur une dermatite suppurative multiforme à poussées successives.

Par H. HALLOPEAU et A. PRIEUR.

Malgré les nombreux travaux dont les dermatites suppuratives ont été l'objet dans ces dernières années, leur histoire est loin d'être complètement élucidée.

A côté de types nettement différenciés, tels que la forme purulente de la dermatite herpétiforme de Dühring et une partie des cas décrits sous le nom d'impétigo herpétiforme, il en est d'autres qui, tout en présentant des caractères communs avec les précédents, s'en écartent par des particularités plus ou moins importantes et ne sont pas encore classés; tel est celui que représente la malade sur laquelle nous avons l'honneur d'appeler l'attention de la Société.

Le 20 janvier 1896, est entrée à la salle Lugol, lit n° 10, la femme H..., âgée de 44 ans, concierge, pour une affection cutanée dont elle souffre depuis longtemps.

Étant jeune fille, la malade se souvient avoir eu une éruption qualifiée d'eczémateuse aux coudes et aux genoux. Il y a vingt ans, la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital se manifesta pour la première fois par une poussée aiguë aux bras et aux jambes; elle fut traitée par M. Hardy à la Charité, où elle nécessita un séjour de dix-huit mois et se termina par la guérison.

Cette guérison dura dix ans; puis apparut une nouvelle poussée occupant les genoux et les coudes; depuis lors, les éruptions se sont incessamment renouvelées dans les mêmes régions; depuis quatre semaines, elles se sont étendues à la partie supérieure des cuisses et au bassin, puis ont envahi les membres supérieurs en s'accompagnant de cuissons.

État actuel. — H... est maigre, d'aspect chétif. La longue durée de la maladie et l'aggravation subite de ces derniers temps l'ont vivement impressionnée et ont provoqué chez elle un certain degré d'abattement.

L'éruption intéresse les quatre membres et le tronc. Ses éléments primitifs sont de petites pustules miliaires avec aréole érythémateuse, qui se multiplient, grossissent pour la plupart, puis se dessèchent et forment des croûtes jaunâtres. Les placards constitués par leur confluence sont de dimensions extrêmement variables: il en est de plus petits qu'une lentille; d'autres couvrent de leur étendue presque toute la surface d'un membre, celui qui a envahi le bassin forme au-devant de l'abdomen comme un caleçon de bain; on trouve tous les intermédiaires.

Les grands placards sont constitués par une surface rouge foncé parsemée de pustulettes plus ou moins nombreuses et de croûtes. Les pustulettes sont disséminées dans l'aire, mais ont une tendance à devenir confluentes à la périphérie; il reste d'ailleurs, en cette même partie, une zone érythémateuse de ton plus vif que la surface du placard dont le centre surtout tend partiellement à se décolorer. Les croûtes enlevées laissent voir des surfaces excoriées humectées d'un liquide louche ou purulent.

La topographie des placards éruptifs est la suivante : aux membres supérieurs, ils occupent les parties postérieure et antérieure du bras et de l'avant-bras, le dos de la main, la face dorsale de l'annulaire et de la première phalange du médius. Ils respectent le pli du coude gauche, les poignets et les paumes des mains ; au petit doigt de la main gauche, les téguments sont rouge vif, et un liquide purulent soulève par places l'épiderme. Un de ces soulèvements semble coiffer l'extrémité du doigt ; le sillon qui sépare l'ongle des tissus malades qui tendent à le recouvrir sécrète un liquide purulent. Les mêmes lésions, mais plus avancées, se retrouvent sur le pouce, l'index et le petit doigt de la main droite ; les ongles sont tombés. Contrairement à ce qui se passe dans la polydactylite suppurative, décrite par l'un de nous, les doigts n'ont été intéressés, chez notre malade que secondairement.

Les membres inférieurs sont envahis sur presque toute leur étendue ; en plusieurs points, les placards sont entourés d'un soulèvement bulleux, large d'environ 5 millim. et rempli d'un liquide purulent. Les genoux sont moins atteints que les autres parties de ces membres. La plante du pied droit présente une large placard au niveau duquel l'épiderme, soulevé par un liquide purulent, forme des saillies à contours polycycliques, séparées par des intervalles laissant voir le derme mis à nu et rouge. Les deux tiers postérieurs de la face inférieure au pied droit sont envahis par l'éruption.

Le grand placard abdomino-cruro-génital part de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic pour descendre sur la face antéro-interne des cuisses et s'étendre sur le périnée jusqu'à l'anus. Il est constitué par des croûtes disséminées sur un tégument rouge, et présente à la périphérie un grand nombre de pustulettes grosses comme un grain de chènevis ou de millet, isolées ou agminées, formant, en certains endroits, par leur réunion, un large soulèvement bulleux. Ces mêmes pustules confluentes sur une surface érythémateuse se retrouvent sur les placards de la partie inférieure de la cuisse.

Les ongles des orteils ont perdu leur aspect poli ; la surface en est rugueuse et inégale ; au pied droit, les orteils sont séparés par des agglomérations de pustules.

La partie postérieure du tronc est presque indemne : on y voit seulement quelques pustules peu abondantes à la région lombaire, et à droite de la crête sacrée, quelques placards contenant de rares pustules.

On remarque quelques petites pustulettes sur le cou ; le visage est intact.

Les ganglions ne présentent pas d'altération appréciables, sauf dans l'aîne gauche où l'on note une adénopathie d'ailleurs peu volumineuse et très légèrement douloureuse.

Nulle part, on ne trouve de saillies végétantes ni d'ulcérations.

La sensation de cuisson est surtout vive au moment des poussées ; elle fait place bientôt à une démangeaison que calme l'application de compresses humides.

29 janvier. Les soulèvements bulleux parsemant l'aire des plaques des membres inférieurs persistent et simulent, par leurs formes incurvées, des lettres comme l'S, le C, le J, le G, ou rappellent le chiffre 3, ou prennent l'aspect de croissants. Des soulèvements semblables ont apparu sur les plaques de l'avant-bras gauche.

Ces soulèvements paraissent produits par la progression, suivant diverses courbes, de l'exsudation qui apparaît d'abord sous forme de simples pustules.

En divers endroits, on aperçoit des plaques maculeuses, vestiges de placards éruptifs en voie de disparition.

La malade accuse des démangeaisons quand les téguments malades sont découverts.

7 février. Une poussée aiguë nouvelle, commencée le 5, atteint son maximum aujourd'hui. La partie antéro-interne de chaque cuisse est recouverte d'un énorme placard rempli de pustules qu'entoure leur aréole érythémateuse. La rupture de plusieurs de ces pustules a laissé apparaître des excoriations de dimensions variables, tandis que la réunion d'éléments semblables produit dans le voisinage des soulèvements bulleux. Quelques-uns de ces soulèvements mesurent un centimètre de diamètre.

A la plante des pieds et aux jambes, les surfaces mises à nu consécutivement à l'ouverture des bulles atteignent plusieurs centimètres de diamètre.

Le liquide contenu dans les pustules est du pus concret qu'il est difficile de faire sourdre.

La cuisson est extrêmement pénible au niveau des nouveaux placards des cuisses : le contact de l'air y est très douloureux.

L'adénopathie inguinale a augmenté.

On trouve, sur le bord de la langue, quelques excoriations serpiginieuses à contours irréguliers.

12 février. L'état précédemment décrit persiste ; on peut dire que, par suite des petites poussées qui se font presque chaque jour, à côté de chaque petit placard qui s'éteint, en naît un autre à peu près identique : si l'éruption change presque chaque jour sa topographie, elle garde le même aspect.

Ce sont toujours les mêmes figures capricieuses et enchevêtrées sur un fond d'un rouge violet. En général, les soulèvements épidermiques purulents forment, sur les bras et surtout sur les jambes, des dessins extrêmement irréguliers aux contours les plus inattendus : leurs lignes simulent des images que l'on croirait tracées intelligemment, telles que points d'interrogation s'adossant ou se regardant avec symétrie, spirales, cercles parfaits, images de chiffres et de lettres, se renouvelant et disparaissant d'un jour à l'autre et gardant à l'éruption sa si curieuse physionomie.

En dehors des plaques, disséminées au hasard sur la peau saine, d'autres pustules, éléments originaires des grands placards décrits plus haut, présentent tous les volumes depuis celui de grain de mil à peine visible, jusqu'à celui de la pustule, une lentille.

On voit enfin de grandes taches irrégulières, d'un violet pâle, derniers vestiges des placards éteints.

Le grand placard abdomino-périnéal qui n'a pas depuis longtemps subi des poussées, garde ce teint lie de vin qu'il avait au premier jour de l'examen : il ne présente pas les ornements épidermiques des placards des jambes. On voit, çà et là, quelques petites pustulettes. Il n'est presque pas douloureux, à l'encontre des placards des membres qui sont le siège de cuissons plus ou moins vives selon le nombre des éléments nouveaux

apparaissants ; si le pli de l'aîne est douloureux, c'est surtout parce qu'au moindre mouvement les téguments, d'ailleurs recouverts de pus qui s'y amasse, sont distendus plus ou moins violemment.

La douleur dont nous parlions tout à l'heure à propos des placards des membres disparaît quand la poussée s'arrête : elle fait place à une démangeaison d'ailleurs peu vive et que calme l'application de compresses imbibées d'eau boriquée.

Aux pieds et aux mains, état stationnaire. La langue présente toujours, sans modification, à la partie antérieure de son bord, de petites surfaces excoriées, entourées d'un fin liséré desquamatif qui les limite d'une façon nette.

Toutes les parties du corps indemnes au moment de l'entrée de la malade le sont restées : l'affection modifie ses contours et ses formes en restant cantonnée dans les mêmes régions.

La fièvre persiste depuis trois jours ; les températures du matin dépassent 38° ; celle d'hier soir est montée à 38°,6.

Quoique toujours un peu abattue, la malade présente cependant un état général relativement satisfaisant : les selles sont régulières, l'appétit persiste. L'examen du cœur a révélé un souffle systolique à la pointe.

L'examen des urines, fait avec le plus grand soin par M. Vadam, interne du service, a porté non seulement sur les éléments pathologiques recherché, ordinairement, mais aussi sur la présence probable des leucomatnes. Cette recherche, faite précédemment par M. Vadam, selon le procédé indiqué par Griffith, dans les urines d'un malade du pavillon Bazin, atteint de dermatite herpétiforme de Dühring, avait révélé la présence d'alkaloïdes cristallisables ; il était intéressant de savoir si on retrouverait ces alcaloïdes dans les urines de notre malade : le résultat fut négatif.

Examen bactériologique. — L'allure particulière de cette éruption, qui par certains côtés rappelle la dermatite herpétiforme de Dühring, la dermatite pustuleuse en foyers à progression nette et l'herpes gestationis, et qui par d'autres caractères très tranchés s'en distingue excentriquement, rendait nécessaire l'examen bactériologique.

Un premier examen de pus récolté dans les pustules récentes et anciennes fut fait le 5 février. Il fut *négatif*. Desensemencements furent faits le même jour sur gélose et dans le bouillon : ils restèrent *stériles*. Le pus ne contenait-il donc aucun microbe ? Un nouvel examen direct fut fait le 7 : il fut de même *négatif*. Desensemencements furent faits le même jour sur gélose et sur gélatine.

Le 10 au soir, ils portaient des colonies qui, examinées immédiatement, révélèrent des staphylocoques. La gélatine était restée stérile.

Pensant que la présence de ces micro-organismes pouvait être due à ce que le pus avait été pris dans des pustules situées, soit dans l'aire des plaques, soit dans leur voisinage immédiat, et par conséquent courant risque d'être facilement infectées, nous pratiquâmes un nouvel ensemencement le 11 au matin, sur quatre tubes de gélose, en ayant soin de prendre, autant que possible, le pus des pustules éloignées des placards : vingt-quatre heures après, le 12 au matin, *trois tubes étaient restés stériles*, le quatrième présentait quelques rares colonies de staphylocoques ; *il est vrai que la pustule qui avait servi à l'ensemencer était voisine d'un placard.*

Ajoutons que, le 11, la *gêlose* et le *bouillon ensemencés* le 5 étaient encore *intacts*. Concurrentement fut fait l'examen des pustules du malade de Bazin atteint de dermatite herpétiforme; l'ensemencement sur *gêlose* donna, au bout de vingt-quatre heures, des colonies de staphylocoques en grande abondance.

On peut, sans témérité, affirmer que le pus de notre malade est stérile.

Un autre examen s'imposait. Étant donnés le très intéressant travail de MM. Leredde et Perrin sur l'anatomie pathologique de la dermatose de Dühring et le rôle important que les auteurs y font jouer à la présence, en nombre considérable, de cellules éosinophiles, nous avons recherché avec soin ces éléments dans le sang et le pus de notre malade. Les recherches furent faites à différentes reprises, soit avec l'hématéine et l'éosine, soit avec l'hématéine et l'orange, et elles restèrent infructueuses. Le pus contient bien quelques-uns de ces éléments, mais en quantité si infime qu'ils perdent absolument toute importance diagnostique.

Cette dermatose est remarquable par son évolution sous la forme de poussées successives, par la généralisation des poussées pustuleuses à tous les foyers en activité, par la réaction fébrile qui accompagne ces poussées, par le caractère essentiellement et primitivement purulent des éléments éruptifs, par le polymorphisme si singulier des soulèvements bulleux et l'infinie variété des figures curvilignes qu'ils revêtent, par la persistance dans l'air des foyers de ces soulèvements bulleux et purulents, par l'absence de végétations, par l'extension des lésions à la muqueuse buccale et par la coïncidence d'une endocardite.

Cette dermatose se sépare de la *dermatite pustuleuse chronique et végétante* que l'un de nous a décrite, par l'absence de végétations, par la disposition symétrique des placards éruptifs et surtout par ce fait que les poussées pustuleuses se font simultanément dans tous les foyers éruptifs; ce fait indique nettement qu'elles se produisent ici sous l'influence d'une dyscrasie générale, tandis que, dans l'autre maladie, il s'agit de processus multiples, mais locaux, dont chacun a son évolution propre.

Les analogies sont plus grandes avec les affections englobées sous la dénomination d'*impétigo herpétiforme*: elles sont constituées par les poussées généralisées avec réaction fébrile, le début par des pustulettes miliaires, leur groupement en foyers qui s'étendent excentriquement; mais la dermatose de notre malade se différencie, non seulement parce qu'elle s'est développée en dehors de la grossesse, des observations multiples montrent que cette condition n'est nullement essentielle à l'impétigo herpétiforme, mais aussi par sa bénignité relative, sa longue durée et l'aspect si singulièrement multiforme des soulèvements pemphigoides.

On pourrait penser à une *dermatite herpétiforme*; on sait que Dühring a décrit une forme purulente de cette dermatose; actuelle-

ment encore, nous en avons un remarquable exemple dans notre service; l'un de nous a eu l'honneur de vous le présenter l'an passé; dans les deux cas, on observe ces poussées généralisées d'éléments qui se localisent de préférence, bien que non constamment, dans les mêmes foyers, envahissent la muqueuse buccale et s'accompagnent d'une intense réaction fébrile d'une bénignité relative; nous noterons cependant que l'on n'observe chez notre malade, ni le prurit intense, ni la nature primitivement séreuse de l'exsudat et sa transformation secondaire en liquide purulent, ni enfin la présence de nombreuses cellules éosinophiles, éléments qui, d'après les observations de MM. Leredde et Perrin, caractérisent cette dermatose.

Il s'agit donc là de types distincts, bien que voisins.

Si en effet l'on cherche à pénétrer quel peut être le mode de production de ces différentes dermatoses, on arrive, pour chacune d'elles, à des hypothèses analogues; il devient de plus en plus probable qu'il s'agit d'intoxications par des produits autochtones; on peut invoquer, en faveur de cette manière de voir, la possibilité de provoquer des éruptions généralisées en introduisant dans l'organisme des toxines telles que celles de la tuberculine de Koch ou du sérum diptéritique; nous rappellerons, d'autre part, que chez un de nos malades, M. Tête, alors notre interne en pharmacie, a trouvé dans l'urine des alcaloïdes cristallisés; ces jours derniers, chez le même malade, mais par un autre procédé, ainsi que nous l'avons dit plus haut, M. Vadam, interne en pharmacie dans notre service, a de nouveau trouvé les mêmes corps. On ne peut nier que ces faits ne constituent des arguments de premier ordre en faveur de la nature de la théorie qui rattache à la production dans l'organisme de toxines phlogogènes le développement de cette dermatose.

L'impétigo herpétiforme et la maladie que nous avons sous les yeux présentent assez d'analogies avec la maladie de Dühring pour que l'on soit autorisé a priori à considérer ces formes morbides comme étant des causes semblables: ce qui les différencie, selon toute vraisemblance, c'est la nature de ces toxines: Les unes provoquent une exsudation séreuse et donnent lieu à la production de cellules éosinophiles: ce sont celles de la dermatite herpétiforme; si elles suppurent, c'est secondairement, par suite de l'invasion de microbes pyogènes; avec d'autres, les éléments éruptifs sont d'emblée purulents et l'examen bactériologique n'y découvre aucun parasite il en est ainsi chez notre malade.

On doit se demander comment, dans cette hypothèse, les toxines ne donnent pas lieu à la production de pus dans le système vasculaire et, par suite, à une infection purulente; il faut admettre qu'elles subissent dans la peau une modification qui leur donne cette action pyogénique.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1. Parmi les différentes formes de dermatite suppurative, il en est une qui se développe en dehors de la grossesse et se reproduit pendant de longues années par poussées fébriles successives sans altérer gravement la santé générale ;

2. L'éruption y est d'emblée purulente ;

3. Elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représente maints caractères de l'alphabet tels que le C, le G, le J et l'S ou d'autres signes, tels que des points d'interrogation accolés dos à dos ;

4. Il n'y a pas de microbes dans ce pus si on l'examine au moment où il vient d'être exsudé ;

5. La dermatose est liée selon toute vraisemblance au développement de toxines pyogènes ;

6. Cette dermatose peut être dénommée DERMATITE PUSTULEUSE MULTIFORME A POUSSÉES SUCCESSIVES ;

7. Elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique par ce fait que les poussées éruptives y sont généralisées et qu'il s'agit par conséquent d'une maladie de cause interne ;

8. Elle se distingue de la dermatite herpétiforme de Dühring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs ainsi que par l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes ;

9. Elle diffère du type classique de l'impétigo herpétiforme par son développement en dehors de l'état puerpéral, par sa longue durée, par sa bénignité relative, par l'aspect si étrangement varié des soulèvements bulleux ;

10. L'endocarde peut être lésé dans cette dermatose.

Le Secrétaire,

L. JACQUET.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné. — COLCOTT FOX. On acne scrofulosorum in infants (*The Brit. Journ. of Dermat.*, novembre 1895, p. 346.)

L'auteur a réuni en quinze années une dizaine d'observations d'acné scrofulosorum chez l'enfant. L'éruption qu'il a observée sur ses malades a des caractères très nets qui permettent le diagnostic au premier coup d'œil. Comme il ne paraît pas y avoir beaucoup de documents sur cette éruption, dans la science; comme, d'autre part, quoique ayant depuis longtemps l'attention portée sur cette question, l'auteur n'en a observé que dix cas, il conclut à la très grande rareté de la maladie.

Voici en quoi consiste l'éruption :

Des éléments papulo-pustuleux presque miliaires, non groupés, sont disséminés principalement sur les membres et un peu sur le tronc; quelques-uns paraissent aussi sur la face et le cuir chevelu. Les uns sont coniques, rosés et secs, d'autres plus aplatis, légèrement brillants à leur surface, et ils rappellent les papules de lichen plan; d'autres présentent à leur centre une coloration jaune blanchâtre; chez d'autres ce centre est ramolli et purulent d'autres enfin chez lesquels le pus bourbillonneux a fait issue, sont en quelque sorte cratériformes, le bourbillon sorti ayant laissé un petit orifice béant. Une légère cicatrice s'ensuit parfois.

Quelques-uns de ces éléments ont des rapports évidents avec l'appareil pilo-sébacé.

Il n'y a eu dans aucun cas, de prurit. Cette éruption est donc tout à fait indolente.

La maladie se fait par poussées et les éléments produits ont une lente évolution. L'éruption prise en général dure des mois.

C'est chez le tout jeune enfant que le Dr Fox a fait ses observations, mais il existe des faits semblables rapportés sur des sujets adolescents ou adultes.

En vue d'étudier la nature de cette éruption et pour éliminer la syphilis possible (bien que dans aucun cas il n'y eût la moindre trace de syphilis acquise ou héréditaire, et que les lésions ne ressemblassent que de loin aux syphilides acnéiques) l'auteur a traité quelques malades par le mercure, mais sans en obtenir le moindre résultat.

C'est vers l'origine tuberculeuse qu'on semblerait devoir plutôt s'orienter. Tous ces enfants étaient manifestement des scrofuleux, quelques-uns avaient eu des écrouelles, d'autres des parents tuberculeux.

Ayant alors institué le traitement anti-scrofuleux, par l'iode et l'huile de foie de morue, l'auteur vit dans presque tous les cas disparaître l'affection.

C'est en raison de ces faits cliniques et thérapeutiques que l'auteur donne à ces éruptions l'épithète d'acné scrofulosorum.

Le Dr Fox pense que Bazin est le premier qui ait noté cette lésion sous le terme d'acné scrofuléux dans ses leçons sur la scrofulé.

En 1892 au Congrès de Vienne, le Dr R. Crocker en a décrit trois cas chez des enfants. Soit sous l'épithète d'acné scrofulosorum, soit, dans les observations de lichen scrofulosorum, d'acné cachecticorum, de scrofulides, l'auteur n'a pas trouvé de faits analogues aux siens, et pourtant, dit-il, l'éruption doit être connue de bien des dermatologistes.

Dans le traité de Kaposi, il est donné au compte de Hebra, une description de l'acné cachectique qui pourrait bien se rapporter à l'acné scrofulosorum.

Il en est de même pour un cas, publié dans les *Annales françaises de Dermatologie*, intitulé : acné indurée généralisée sur un enfant.

LOUIS WICKHAM.

Adénome sébacé. — R. BARLOW. Ueber Adenomata sebacea. (Tirage à part de *Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin*, 1895, t. LV.)

L'auteur décrit le cas suivant qu'il a eu l'occasion d'observer à la clinique du Dr Ziemssen. Il s'agit d'un homme de 60 ans, présentant sur le cuir chevelu des tumeurs qui ne se seraient pas modifiées depuis six ans. Il lui est impossible de préciser le début de la maladie. Les tumeurs, au nombre de trente, et dont la grosseur variait de celle d'une petite lentille à celle de la moitié d'une noix, étaient irrégulièrement disséminées sur le cuir chevelu. Le plus grand nombre, particulièrement les plus petits néoplasmes, sont blanc jaunâtre, lisses, durs et mobiles avec la peau. Les plus gros ont une surface inégale ou déprimée en forme d'entonnoir et la peau qui les recouvre est le siège d'un réseau veineux peu marqué. Ces tumeurs ne sont pas sensibles à la pression. Sur le reste de la peau, d'ailleurs indemne, quelques mollusca fibreux et pustules d'acné.

Examen microscopique. — La peau qui recouvre la tumeur excisée est absolument normale dans toutes ses couches. Quelques poils lanugineux avec glandes sébacées normales ; les canaux ou glomérules des glandes sudoripares sont tout à fait normaux. Le chorion ne présente rien de particulier. A un faible grossissement, on voit sur le néoplasme même une masse volumineuse, foncée, riche en noyaux, qui est entourée d'une capsule de tissu conjonctif. De cette étude, il résulte qu'il existe un adénome des glandes sébacées avec dégénérescence en partie hyaline des vaisseaux, du tissu conjonctif et peut-être aussi des cellules épithéliales. La nature de l'adénome des glandes sébacées est démontrée aussi bien par le rapport des glandes malades avec les follicules pileux que par la constatation d'un conduit excréteur.

Il est très difficile de dire nettement où l'hyperplasie cesse et où commence la tumeur. Toutes les définitions de l'adénome sont insuffisantes.

On ne s'en fait pas une idée nette, parce qu'une délimitation tout à fait exacte de cette conception paraît actuellement presque impossible en raison des nombreuses transformations que peut présenter l'adénome.

Selon l'auteur, l'adénome serait une néoformation glandulaire imitant plus ou moins la structure d'une glande, mais différant toutefois du tissu originaire et qui ne peut plus remplir sa fonction. Il croit pouvoir désigner sous le nom de glandes hyperplasiées ou hypertrophiées les tumeurs dans lesquelles il s'agit de néoformation ou d'augmentation de volume de glandes fonctionnant d'une manière normale.

Partant de ce point de vue, Barlow examine avec soin les cas d'adénome contenus dans la science et les groupe de la manière suivante :

1° L'adénome sébacé (Balzer).

2° Les autres tumeurs désignées sous le nom d'adénomes des glandes sébacées.

L'auteur a pu rassembler un certain nombre de faits et de leur étude il tire les conclusions suivantes :

De tous les cas qui ont été décrits sous le type d'adénome sébacé de Balzer, on ne peut considérer comme adénomes vrais que les deux cas de cet auteur. Les autres cas (Caspary) représentent soit de simples hyperplasies glandulaires, soit (Pringle, Crocker, Taylor et Barendt) des nævi vasculaires avec hyperplasie des glandes sébacées.

Il serait prématuré de s'appuyer sur deux cas isolés pour créer un tableau morbide clinique, d'autant plus que, comme on le verra plus loin, des adénomes peuvent se développer dans les glandes sébacées des régions les plus différentes.

Sous la dénomination d'adénomes des glandes sébacées, on a confondu jusqu'à présent de simples hyperplasies des glandes avec de véritables adénomes et des tumeurs dont l'élément principal était du tissu conjonctif.

Les adénomes vrais des glandes sébacées paraissent, outre la prolifération épithéliale, le stroma de tissu conjonctif qu'ils ont de commun avec tous les adénomes, posséder constamment aussi une capsule distincte.

Dans les adénomes vrais des glandes sébacées, il y a souvent une dégénérescence hyaline des vaisseaux et du tissu conjonctif, de telle sorte qu'on a désigné également les tumeurs sous le nom de cylindromes. Mais il est préférable de laisser de côté cette dénomination qui comprend des tumeurs d'origine très différente.

Quant à l'origine, au pronostic et aux différents modes de terminaison des adénomes sébacés, Barlow résume son opinion dans les propositions suivantes :

L'adénome peut se développer dans une glande sébacée sans que cette glande ait auparavant subi une dégénérescence athéromateuse.

Il est extrêmement vraisemblable que les adénomes sébacés peuvent être le siège de calcification ou d'ossification.

Il paraît bien démontré que des adénomes sébacés peuvent accidentellement subir une dégénérescence carcinomateuse.

Il y aurait lieu de rejeter le nom d'« épithéliome » pour les adénomes sébacés afin d'éviter des confusions.

L'auteur a joint à son mémoire trois planches explicatives et un index bibliographique très complet.

A. DOYON.

Alopécie prématurée généralisée. — E. KIVULL. *Defluvium capillorum universale. Pili annulati.* (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 173.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de ce genre. Il concerne une paysanne âgée de 20 ans, qui s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 17 ans; chevelure abondante.

Les parents, frères et sœurs, avaient une chevelure normale. Il y a trois ans, la malade a éprouvé une émotion violente à la suite de la mort subite de son père. Depuis cette époque, chute progressive des cheveux sans trace d'une affection inflammatoire et sans autre cause appréciable. En même temps, chute des sourcils et des cils. Ensuite les poils des aisselles et des parties génitales tombèrent à leur tour. La malade remarqua aussi que les petits poils de la peau devenaient plus rares sur tout le reste du corps, principalement sur les membres inférieurs.

Pendant la chute des cheveux et des poils, depuis 3 ans, ni affaiblissement ni maladie, seulement un peu de diminution de poids. Tous les remèdes ont été jusqu'à présent inefficaces; la malade n'a pas observé de pousse de nouveaux cheveux ou poils.

Alopécie complète de la tête, à part quelques petites places au-dessus des oreilles, à la nuque ou au sommet du crâne où se trouvent en tout environ 50 petits poils minces, de 1 à 2 centim. de longueur. Le cuir chevelu est pâle, lisse, tendu et brillant; peu de sécrétion grasse. Ni squames, ni papules, ni cicatrices sur le cuir chevelu; température et sensibilité normales. Les rares petits poils mentionnés ci-dessus sont très peu colorés à l'œil nu et sont solidement fixés dans la peau.

Les cils manquent complètement; la plus grande partie des sourcils est tombée. Le duvet de la lèvre supérieure et des joues est normalement développé. Les vibrisses des narines font tout à fait défaut. Dans les creux axillaires et sur les parties génitales, rares petits poils. Il en est de même sur le tronc et les membres supérieurs où le duvet est très peu abondant; il est complètement absent sur les deux cuisses, très rare sur les jambes.

Sur la peau du corps, ni ulcérations, ni cicatrices, ni colorations anormales.

Réflexes normaux; pas de signes d'affection psychique. Sensibilité et motilité normales.

A l'examen microscopique les cheveux et poils sont très peu pigmentés, fins et atrophies; ils ont partout le même diamètre. Sur quelques-uns de ces poils on constate la présence de l'air par places dans la substance médullaire.

Pas de symptômes de trichorrhexie noueuse.

Il s'agit donc dans ce cas d'une alopécie progressive prématurée nerveuse, survenue sous l'influence d'une dépression psychique.

Ce cas doit être mis complètement à part des formes plus graves de l'alopécie en aires en raison des lésions des poils et cheveux.

On a décrit sous le nom de *pili annulati*, poils ou cheveux annelés, ceux dans lesquels on trouve de l'air par places; il ne faut pas confondre ces cas avec ceux dans lesquels ces accumulations d'air dans la substance médul-

laire se trouvent aussi dans des poils non régulièrement cylindriques et où le poil présente des renflements fusiformes. A. DOYON.

Angiome. — A. FRANCIS. Forme rare d'angiome serpigneux. (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1895, 1^{er} fascicule.)

Fille de 3 ans, ayant présenté à sa naissance une tache rouge à la surface plantaire du talon droit ; quelques semaines plus tard, des nævi semblables parurent sur la jambe droite et à la face externe de la cuisse droite. A l'âge de 4 mois, il y avait une tache lie de vin occupant le tiers externe de la plante du pied et le bord externe du pied, depuis le talon jusqu'à la tête du cinquième métatarsien, à bords sinueux mal définis, avec des nævi isolés arrondis ou irréguliers ; à la face externe de la moitié inférieure de la jambe, cinq taches séparées de 2 centimètres de diamètre avec un grand nombre de petits nævi satellites ; à la face externe de la fesse et de la cuisse, au voisinage du grand trochanter, trois grandes taches de vin avec beaucoup de petites satellites. Quatre mois plus tard, la maladie s'est étendue, le grand nævus du pied a augmenté et s'est confondu avec les satellites ; à la jambe, les satellites ont beaucoup augmenté de nombre et se sont étendus sur la peau antérieurement saine. Depuis lors, l'extension s'est continuée par élargissement des grandes taches et formation de nouveaux satellites ; mais la maladie reste limitée au membre inférieur droit et conserve le même aspect.

GEORGES THIBIERGE.

Éléphantiasis congénital. — R. SARRA. Un caso di elefantiasis congenita. (*La Pediatria*, mai 1895, p. 155.)

Garçon de 18 mois, septième d'une famille dont les autres enfants sont bien constitués et dont aucun membre n'a été atteint d'érysipèle ou de lymphangite ; pas d'antécédents familiaux de syphilis. Dès la naissance, on remarqua le volume anormal du pied droit et en particulier du pouce et la soudure des trois doigts médians.

Actuellement, l'enfant est bien conformé, sauf au membre inférieur droit ; quelques petits ganglions lymphatiques dans les aines et les aisselles. Le membre inférieur droit est comme lobé, avec un réseau veineux sous-cutané apparent, sans changement de couleur de la peau.

	A GAUCHE	A DROITE
Circonférence de la cuisse.....	14 centim.	29 centim.
— de la jambe.....	12 —	23 —
— du pied.....	11 —	30 —
Longueur de la plante du pied.	11 —	24 —
Distance du gros orteil au petit.	3 1/2	19 —

Peau lisse, tendue ; la masse sous-jacente est molle, élastique, avec quelques rares nodules durs. Recherche de la filaire négative.

Pendant la grossesse, la mère n'avait pas fait de chute sur le ventre et l'enfant est né sans circulaires du cordon autour des membres inférieurs.

GEORGES THIBIERGE.

Éruptions médicamenteuses. — TALAMON. Éruptions médicamenteuses. (*Médecine moderne*, 3 avril 1895, p. 212.)

Talamon rapporte quelques faits d'éruptions érythémateuses produites par l'antipyrine, l'iodure de potassium et les emplâtres de thapsia. Il insiste sur ce fait que les médicaments provoquent autant d'éruptions que les toxines microbiennes et va jusqu'à croire, ce qui nous paraît excessif, que la plupart des éruptions rubéoliques et scarlatiniformes de l'épidémie de grippe de 1889 étaient dues à l'antipyrine dont il fut fait alors une large consommation. Il insiste également sur la confusion possible entre ces éruptions et la rougeole et montre que l'action du médicament peut être facilitée par l'action de causes morbides très diverses et parfois multiples.

GEORGES THIBIERGE.

Esthiomène. — A. MARTIN. De l'esthiomène. (*La Normandie médicale*, 15 janvier et 1^{er} février 1895, p. 33 et 53.)

Femme de 23 ans, ayant eu à 14 ans une vaginite intense ; déjà à cette époque, gonflement de la petite lèvre gauche qui n'a jamais disparu ; depuis un an, la tumeur augmente peu à peu. La petite lèvre gauche, très hypertrophiée, mesure environ 5 centim. en hauteur ; sa face interne est rouge violacé, lisse, régulière, sa face externe légèrement ridée et d'un rose pâle ; entre elle et la grande lèvre, ulcération allongée verticalement recouverte de petits bourgeons charnus qui saignent facilement. La petite lèvre droite est moins volumineuse, séparée également de la grande par une ulcération verticale, en forme de crevasse, dont les bords sont taillés à pic, le fond granuleux et saignant ; les grandes lèvres ne présentent que de l'œdème chronique et sont peu tuméfiées ; de chaque côté du méat urinaire, une petite ulcération. Le raphé périnéal est remplacé par une tumeur mamelonnée principale du volume d'une noix et par quatre autres plus petites sous forme de saillies verruqueuses plus ou moins régulièrement arrondies. De petites tumeurs semblables variant du volume d'une bille à celui d'un œuf de pigeon forment un bourrelet qui entoure complètement l'anus ; toutes ces tumeurs sont d'un rouge violacé, dures et élastiques à la pression, peu douloureuses. Au toucher vaginal, on constate, à un centimètre à peine de l'orifice vulvaire, une fistule à bords calleux, résistants, d'une dureté ligneuse. La cloison recto-vaginale est résistante au toucher. Rétrécissement cicatriciel du rectum très serré, à 5 centimètres de l'anus. Tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, l'utérus et ses annexes sont sains ; cellulite pelvienne scléreuse ; rectum sain sauf dans sa dernière portion ; urètre, vessie et reins sains.

A l'examen histologique, fait par M. Nicolle, les lésions polypiformes des grandes lèvres enlevées pendant la vie présentaient des lésions d'œdème chronique, absolument identiques à celles de l'éléphantiasis. Dans l'hypoderme, fibres conjonctives augmentées de nombre et de volume ; par places, manchons de cellules embryonnaires autour des vaisseaux, ou amas en général très petits de cellules embryonnaires, dont quelques-

uns présentent des cellules épithélioïdes à leur centre. Dans ces amas, bacilles tuberculeux extrêmement rares.

De ce fait, l'auteur conclut à la nature tuberculeuse de l'esthiomène. Il déclare que toute lésion non tuberculeuse ne doit pas porter le nom d'esthiomène.

GEORGES THIBIERGE.

Favus. — G. B. DEL CHIAPPA. Casi non comuni di tigna favosa, (*Giornale italiano delle malattie venere e della pelle*, juin 1895, p. 143.)

I. — Femme de 27 ans ; a deux frères qui ont été atteints de favus dans leur enfance ; elle-même en est atteinte depuis l'âge de 12 ans ; l'affection a débuté par le cuir chevelu et s'est étendue à la surface du corps vers l'âge de 19 ans ; a deux enfants (3 ans et 14 mois) atteints tous deux de favus ; son mari est resté indemne. Actuellement, lésions faviques très développées sur le cuir chevelu qui est complètement dépourvu de cheveux ; énormes amas de matière favique, mesurant jusqu'à 18 centimètres de long, sur les cuisses et les jambes ; quelques-uns moins étendus sur la partie supérieure du tronc et des avant-bras.

II. — Fillette de 11 ans, présentant des lésions des parties glabres (front, tronc, membres) avec intégrité absolue du cuir chevelu. Son frère, âgé de 8 ans, qui partageait son lit, présentait une seule plaque favique sur la cuisse gauche. Le père en avait une au-dessous de la paupière inférieure droite.

III. — Femme de 67 ans, atteinte de favus depuis 25 ans ; godets disséminés sur le cuir chevelu, ou groupés en plaques, godets sur diverses régions de la face et sur le dos des mains ; lésions unguéales (tous les ongles de la main droite à l'exception de celui de l'auriculaire et, en outre, ongles du pouce et de l'index gauches).

GEORGES THIBIERGE.

Gangrène de la peau. — J. ROTTER. Eine neu Art von Hautgangrän mit Pustelbildung. (*Dermatol. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 314.)

L'auteur a eu récemment l'occasion d'observer une nouvelle variété de gangrène de la peau avec production de pustules ; en même temps il a découvert un germe infectieux spécifique encore inconnu.

Le malade, âgé de 23 ans, est un homme vigoureux, sans antécédents héréditaires, dont la santé a toujours été excellente jusqu'ici. Quatre à cinq mois avant sa maladie actuelle, il remarqua deux petites plaies sur le prépuce et le pénis. Elles guérirent en huit jours sans laisser de cicatrice.

Le 4 décembre 1893, le malade observa sur la face interne de la jambe droite, à peu près au niveau de la réunion du tiers moyen aux tiers supérieur, un petit bouton (*Hautpickelchen*) survenu sans cause connue qui s'agrandit rapidement, la peau environnante prit une teinte noire.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le 7 décembre, la lésion de la peau avait déjà la dimension de la paume de la main, cinq jours plus tard elle avait l'étendue de la main. La peau était transformée dans toute

son épaisseur jusqu'aux fascias en une masse cohérente, gris bleu, humide, molle, gangréneuse que l'on détacha avec des ciseaux. Il en résulta un ulcère, de forme circulaire, à bords taillés à pic et dont le fond était formé par des granulations avec un léger dépôt. Tout autour, aréole d'œdème inflammatoire de 2 à 3 centimètres de largeur.

Une semaine environ après le début de la maladie on observa dans le voisinage de la gangrène différentes pustules, d'abord sur la face antérieure du genou, plus tard disséminées sur toute l'étendue de la jambe droite, ensuite sur le scrotum et le pénis et finalement sur le mollet de la jambe droite. Ces pustules se présentaient sous deux formes différentes : 1° sous forme de pustules volumineuses, profondes, à contenu très hémorrhagique ; 2° de pustules plus petites, plus superficielles à contenu purulent moins mélangé de sang. Les premières se développèrent avec de vives douleurs, infiltration et rougeur de la peau. En vingt-quatre heures elles atteignirent la dimension d'une pièce d'un franc et au delà. Dès le deuxième jour il se formait au centre une tache foncée qui se transformait en une bulle entourée d'une aréole rouge vif ; vers le cinquième ou le dixième jour, cette bulle se rompait et laissait dans la peau une perte de substance de forme arrondie et à bords taillés à pic qui se cicatrisait au bout de dix à quinze jours. L'évolution complète d'une pustule de ce genre durait environ trois semaines.

Le processus était le même pour la deuxième forme de pustules, mais seulement à un moindre degré.

Le 10 janvier, c'est-à-dire trente-sept jours après le début de la maladie, le processus morbide s'arrêta et laissa un ulcère qui s'étendait depuis la tête du tibia jusqu'à la malléole interne et, d'avant en arrière, depuis l'arête du tibia jusqu'au milieu du mollet, occupant ainsi la moitié de la jambe. Dans les deux tiers supérieurs de l'ulcère la peau était détruite dans toute son épaisseur jusqu'aux fascias ; dans le tiers inférieur seules les couches de l'épiderme étaient atteintes.

La gangrène de la peau ne fut accompagnée de fièvre que dans les premiers temps. L'état général était peu altéré.

Le 19 février on fit des greffes cutanées d'après le procédé de Thiersch. Le résultat fut médiocre. En juin seulement les ulcères furent complètement cicatrisés et le malade put quitter l'hôpital. Par conséquent, la marche totale de la maladie a présenté les trois phases suivantes :

1° Du début à la fin de la deuxième semaine, gangrène cutanée à marche progressive ;

2° Du commencement de la deuxième semaine à la fin de la cinquième, pustules hémorrhagiques volumineuses, profondes, à côté desquelles se trouvent aussi des pustules superficielles ;

3° De la deuxième semaine à la fin de la maladie, au commencement du cinquième mois, pustules superficielles ne se développant plus qu'isolément après le deuxième mois.

Du 26 décembre 1893 au commencement de février 1894, des recherches microscopiques et bactériologiques faites à plusieurs reprises avec le pus de l'ulcère gangréneux de la peau et des différentes pustules donnèrent les résultats suivants : On trouva un bacille se colorant facilement

par les méthodes ordinaires; cultivé sur agar, il a une longueur de 1 à 2 μ et une largeur de 0,3 à 0,5 μ ; c'est donc un bacille court, gros, se rapprochant, par sa longueur, du bacille de la morve, mais un peu plus gros et, par suite, d'aspect plus massif. Le bâtonnet, tronqué à son extrémité, est presque toujours isolé et ne se rencontre que rarement au nombre de deux à trois. Le bacille pris directement sur l'homme ou l'animal est un peu plus grand que celui des cultures sur agar. Les bâtonnets cultivés dans le bouillon, à la température d'incubation pendant un jour ou deux, prennent des formes spéciales. En dehors des petits bâtonnets de la forme et grandeur de ceux cultivés sur agar, on y trouve aussi des bacilles un peu plus gros et plus longs, ou des éléments qui ressemblent à un gros coccus. Beaucoup de bacilles présentent à leur centre une partie claire, les deux extrémités sont alors seules colorées et reliées par les contours latéraux colorés. Enfin on trouve dans quelques préparations des bacilles doubles, plus ou moins séparés l'un de l'autre par une zone claire, et même çà et là des chaînettes de trois bacilles. Ces figures représentent des phases d'involution. Les cultures dans le bouillon ont une odeur de bouillon tourné; celles sur agar ont une odeur putride. Dans la goutte pendante les bâtonnets ont un mouvement propre très vif.

Ce bacille provoque chez les lapins comme chez l'homme des pustules et la gangrène de la peau. L'auteur voudrait le désigner sous le nom de *bacillus pustulo-gangraenescens*.
A. DOYON.

Gangrène nerveuse de la peau. — JOSEPH. Ueber multiple neurotische Hautgangrän. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1895, t. XXXI, p. 323.)

L'observation suivante est la première, concernant un homme, qui ait été publiée; jusqu'ici on admettait que la gangrène nerveuse multiple de la peau atteignait exclusivement des femmes. Contrairement à cette opinion, l'auteur a vu survenir une gangrène nerveuse multiple aiguë chez un homme.

Il s'agit d'un garçon de 27 ans, ne présentant aucune tare héréditaire. En novembre 1884, en vendant de l'acide sulfurique concentré, ce malade s'en versa sur la face dorsale de la main gauche. Quelques mois plus tard la plaie n'était pas encore complètement cicatrisée, lorsqu'en février 1885, il se forma subitement sur le tiers inférieur de l'avant-bras gauche une plaque de la dimension d'environ une pièce de deux francs, dont la couleur variait du gris foncé au jaune blanchâtre. Pas de douleur, seulement une sensation de froid anormale. Anesthésie et analgésie complète de la surface affectée. L'apparition consécutive de cette plaque circonscrite analogue à une eschare s'accompagna, au contraire, de douleurs lancinantes, térébrantes et de picotements. Peu après, il se forma autour de l'eschare une ligne de démarcation, et consécutivement le fragment gangréné de la peau se détacha peu à peu. La guérison eut lieu en quatre ou cinq semaines avec formation de kéloïde.

Depuis cette époque, ce processus s'est reproduit régulièrement à peu près tous les six mois, en général au commencement et à la fin de l'hiver.

L'affection est longtemps restée limitée au bras gauche, puis elle a atteint brusquement le bras droit.

Lorsque l'auteur vit le malade pour la première fois, le 31 janvier 1893, une nouvelle plaque gangréneuse était survenue la nuit précédente ; cette plaque avait son siège sur le tiers supérieur de l'avant-bras gauche, elle était à son centre vert jaunâtre et anesthésique, à peu près de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, la peau environnante était absolument normale. Plaque gangréneuse analogue, de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, au milieu de l'avant-bras droit. Les parties malades étaient assez douloureuses spontanément. Les eschares se détachèrent au bout de quelques jours ; le fond de ces ulcères gangréneux avait une teinte variant du rouge bleu foncé au brun sale, les bords étaient sinueux et nettement dentelés.

Les deux ulcérations furent traitées par des applications de sublimé qui atténuèrent beaucoup les douleurs. Il ne se forma pas de kéloïdes, les ulcérations guériront en laissant une cicatrice lisse.

Le malade resta presque une année sans avoir de poussées ; toutefois, de nouvelles plaques gangréneuses survinrent vers la fin de mars 1894. Jusqu'à ce moment, la gangrène ne s'était développée que sur des parties de peau tout à fait saines, mais cette fois une ancienne cicatrice fut le siège de l'eschare. Celle-ci guérit également en l'espace d'environ cinq semaines, sous l'influence du sublimé. L'état général resta normal.

Toutes les observations publiées jusqu'ici concernaient des femmes plus ou moins hystériques. Quand on cherche une explication, on est toujours ramené à attribuer un rôle important au système nerveux, sans qu'il soit encore possible de dire si c'est par la voie des nerfs trophiques ou des nerfs vaso-moteurs.

A. DOYON.

Hydrocystome. — ALEXANDER MORTON. Un cas d'hydrocystome. (*Brit. Journ. of Dermat.*, août 1895, p. 245.)

L'observation rapportée par l'auteur concerne la fille d'un des malades qui ont fait l'objet d'un travail du Dr Adam sur l'hydrocystome.

M^{me} H..., âgée de 36 ans, était depuis l'adolescence atteinte de psoriasis, et présentait un bon état général quand, il y a neuf années, elle fut atteinte d'une bronchite grave qui dura plusieurs mois. En plein état aigu survint une transpiration *unilatérale* (côté gauche du cuir chevelu, de la face, du cou et de la poitrine). En même temps parurent les premières taches ou vésicules sur le côté *droit* du nez et sur la joue droite près de la paupière. Dans la suite, des éléments éruptifs analogues survinrent dans le voisinage, principalement dans l'espace intersourcilier, sur les paupières et sur le côté gauche du nez.

Ces éléments sont comme des perles demi-transparentes, les plus petits n'ont point la teinte bleuâtre des plus gros éléments. La peau environnante apparaît normale. Ces petits grains ont la dimension d'une grosse tête d'épingle. Ils font à peine saillie et parfois se trouvent situés très près les uns des autres, mais sans jamais confluer. A l'œil nu, ils paraissent

superficiellement situés dans la peau. Ces éléments clairs et transparents quand ils sont petits, deviennent bleuâtres en vieillissant et, lorsqu'ils disparaissent ils passent au blanc, sont opaques et simulent assez bien des corpuscules de milium.

Chaque élément, considéré à part, dure environ trois ou quatre semaines. Lorsqu'on le pique, il en sort un liquide clair, bleuâtre, de réaction acide, puis une fine gouttelette de sang apparaît au point de la piqûre.

Considérée à des époques différentes de son évolution générale, l'éruption existe en permance mais avec une quantité très variable de ces grains. Parfois on en observe à peine quelques-uns, parfois, au contraire, leur nombre est considérable.

C'est en été et pendant les périodes menstruelles que les éléments sont les plus nombreux et les plus gros.

A la moindre excitation, comme après l'ingestion d'un aliment trop chaud ou très épicé, la transpiration survient abondante pendant quelques heures du côté gauche, et les éléments deviennent plus gros, mais aussi bien à droite qu'à gauche.

La malade affirme que l'éruption n'est pas aggravée lorsqu'elle s'expose à l'humidité et à la chaleur, en lavant, par exemple, et en faisant la cuisine. Il n'y avait jamais eu de prurit quand, tout récemment, des démangeaisons vinrent gêner sérieusement la malade pendant une semaine environ.

Il est à remarquer aussi que M^{me} H... n'a jamais eu de maux de tête, contrairement à ce qui a été signalé dans plusieurs observations. La mère elle-même, atteinte d'hydrocystome, n'avait jamais eu de migraines.

Le fait d'avoir observé la même affection chez la mère et la fille permet de faire intervenir l'hérédité parmi les facteurs étiologiques.

Cette observation montre aussi que l'éruption ne prédomine pas toujours du côté où a lieu la transpiration.

LOUIS WICKHAM.

— JONATHAN HUTCHINSON. Case illustrating the neurotic origin of hydrocystoma. (*The Brit. Journ. of Dermat.*, mai 1895, p. 136.)

L'auteur rappelle et commente les caractères de la maladie décrite par le Dr Robinson de New-York, sous le nom d'hydrocystome, en 1893, dans le *Journ. of cut. and genit. urin. Dis.*

Déjà le Dr Hutchinson avait observé autrefois des lésions analogues en rapport avec le xanthélasma des paupières. Ses premières observations, jointes à celle qui fait l'objet de son article, sont d'accord avec le cas d'Hallopeau et de Jamieson pour démontrer l'origine neurotique de l'hydrocystome.

M^{me} C..., âgée de 64 ans, mère de plusieurs enfants, jouit d'une excellente santé. Dans l'hérédité on trouve de la goutte et du rhumatisme. Lors de son mariage à 23 ans, elle souffrait de très violents maux de tête, qui parfois duraient vingt-quatre heures et siégeaient presque toujours du côté droit. Actuellement ces migraines ont diminué de fréquence, mais, lorsqu'elles surviennent, elles ont la même intensité. Il y a quelques années, elle a été atteinte pendant six mois d'une névralgie dans la

langue, presque constante, plus forte du côté droit et avec perte du goût des deux côtés de la langue. Depuis, cette névralgie est revenue plusieurs fois. Parfois il s'est produit sur les lèvres de petites vésiculations, probablement de l'herpès.

La transpiration était abondante du côté droit de la face, et se remarquait à peine du côté gauche.

Actuellement, sur la face existent de nombreux petits kystes, lésions qui ont paru depuis huit à dix ans.

Ces éléments sont et ont toujours été plus abondants à droite qu'à gauche. Ils offrent une grande dureté et varient comme dimension d'une tête d'épingle à un pois. Sur les paupières, ils sont particulièrement abondants, et surtout sur la paupière inférieure.

Le liquide contenu est acide.

Il ne paraît pas douteux que l'hémicrânie, en quelque sorte chronique, ait eu une influence directe sur la fonction et la nutrition de la peau.

L'hémicrânie droite, les névralgies linguales à droite et l'éruption cutanée unilatérale droite sont certainement liées.

Le foie de cette malade ne présente aucune altération. En général, dit l'auteur, les migraines sont liées à quelque trouble hépatique,

Il s'agirait donc ici d'un état plus purement nerveux. Mais il ne faut pas oublier les tendances à la goutte chez cette malade, ainsi que ses hérédités rhumatismales et gouteuses. Or, la névralgie de la langue survient dans bien des cas de goutte.

D'autre part, l'auteur ayant déjà observé ces kystes dans des cas de xanthélasma, remarque que, dans les deux affections, les troubles nerveux par paroxysme sont des antécédents habituels, mais dans le xanthélasma l'altération hépatique est la règle, tandis que dans l'hydrocystome le foie paraît sain.

LOUIS WICKHAM.

Mal de Bright : manifestations cutanées. — PYE-SMITH. Affections of the skins occurring in the course of Bright, disease. Note lue à la section de dermatologie de la « Brit. med. Association ». (*The Brit. Journ. of Derm.*, septembre 1895, p. 284.)

La seule lésion cutanée reconnue jusqu'à présent comme évoluant au cours du mal de Bright est « l'erythema levé » de Willam.

Mais on en rencontre d'autres, plus rarement il est vrai : 1° On observe par exemple un rash rouge brillant sur le tronc, plus rarement sur le cou, les bras, les cuisses et très rarement sur la face et les extrémités palmaires et plantaires. Ce rash ressemble assez à une éruption produite par une diaphorèse naturelle ou artificielle, mais il en diffère par ses localisations, l'absence de sudamina, et l'apparition en dehors de toute cause de transpiration. Il ne dure que quelques jours et ne détermine pas de prurit ;

2° On observe aussi une éruption papuleuse formée d'éléments discrets, larges, d'un rouge foncé, disséminés sur une peau sèche, rugueuse, légèrement squameuse, et siégeant sur la face externe des cuisses et des jambes, sur les épaules et le côté des extenseurs de l'avant-bras ;

3° On peut rencontrer une dermatite suintante ressemblant à l'eczéma, mais occupant le cou, les bras ou les jambes, laissant indemnes les plis de flexion, la face ou les oreilles, et n'étant point précédé d'atteintes antérieures ;

4° Deux fois l'auteur a rencontré une dermatite très étendue rappelant la dermatite exfoliatrice généralisée de Wilson.

Ces diverses lésions, si différentes au point de vue objectif, ont quelques caractères communs, elles sont superficielles et ne laissent pas de traces après leur disparition.

Leur évolution est aiguë ou subaiguë. Elles ne sont jamais pustuleuses. Quelquefois elles deviennent purpuriques. C'est dans les périodes avancées de la maladie rénale qu'elles apparaissent en général.

L'auteur croit que ces éruptions ne sont pas dues à l'urémie et qu'elles sont plutôt analogues aux rétinites, aux inflammations des séreuses, à l'œdème pulmonaire, complications auxquelles les brightiques sont sujets.

On n'observe pas ces lésions dans les néphrites aiguës, ni dans les cas de reins scléreux lardacés.

Tous les exemples signalés par l'auteur ont paru soit à la période terminale de néphrites chroniques tubaires, soit à toutes périodes dans le cours d'une dégénérescence rénale chronique granuleuse avec rétrécissement de l'enveloppe rénale.

LOUIS WICKHAM.

Prurit. — H. G. BROOKE. Pathogénie du prurit, note lue à la réunion de la « Brit. Med. Assoc. », 30 juillet 1895. (*The Brit. Journ. of Dermat.*, sept. 1895, p. 294).

L'auteur dit employer le terme « prurit » en son sens le plus large et non point seulement pour désigner les seules démangeaisons non accompagnées de lésions de la peau.

D'ailleurs les termes « prurit et prurigo » non accompagnés d'un adjectif, ne devraient, dit-il, pas plus servir à désigner des formes spéciales de maladies que les mots lichen et érythème.

L'auteur analysant les diverses causes du prurit adopte un groupe interne et un groupe externe, l'un et l'autre comportant des subdivisions.

GROUPE INTERNE. — 1° *Prurit d'origine névrotique.* — a) *Prurit nerveux pur.* — L'auteur rappelle combien ce côté de la question a été laborieusement étudié dans ces dernières années par MM. Besnier, Brocq, Vidal-Leloire, etc.

Certaines des observations données par ces auteurs comme des cas de prurit simple pur, ne lui paraissent pas devoir être maintenues dans ce groupe ; mais la connaissance, d'après ces auteurs français, de la papule spéciale, brunâtre, indurée, qui répond au terme de « lichenification » considérée comme la résultante directe de longs grattages, constitue un réel et évident progrès.

Cet état de lichénification, dit-il, ne doit pas être confondu avec des lésions analogues mais primitives, des éruptions eczémateuses ou lichénoïdes.

Le prurit dit sénile, est le type d'un prurit pur sans prurigo ; mais le prurit n'est point spécialement en rapport avec l'âge, on le rencontre en

d'autres conditions, chez des enfants, par exemple ; ou encore limité à de petites surfaces, comme la face, les mains, la langue, l'anus, les organes génitaux. Mais il faut ajouter que la grande majorité des cas de prurit ano-génital n'appartient pas à cette classe, car elle est d'origine externe ordinairement séborrhéique.

Il y a bien des cas, même lorsque les lésions cutanées font défaut, où la cause est une excitation des extrémités nerveuses. Or le prurit purement névrotique a une origine plus centrale.

Quand des lésions cutanées existent en même temps que le prurit il est fort important au point de vue pratique de déterminer lequel de ces phénomènes est apparu le premier.

Parmi les maladies à prurit primitif, il convient de ranger certaines variétés d'éruptions eczémateuses, le lichen simple d'après Vidal, le prurigo de Hebra et plus largement, les prurigos diathésiques de M. Besnier.

Dans ces cas la diathèse peut abandonner la peau provisoirement ou définitivement pour réapparaître aux poumons sous forme d'asthme ou de bronchite, au nez sous forme de « hay-fever », fièvre de foin ; ou bien dans les conduits gastro-intestinaux. Contrairement à l'opinion de M. Besnier, dit le Dr Brooke, la maladie peut s'user spontanément et en fin de compte disparaître.

Les maladies prurigineuses papulo-vésiculeuses et pemphigoïdes, telles que la dermatite de Dühring, ne doivent pas être exclusivement considérées comme d'origine névrotique.

L'urticaire, bien que de causes très diverses, peut dans certains cas être purement névrotique ; c'est ainsi qu'un simple choc moral ou physique suffit parfois à faire éclore le prurit et les « wheals ».

Le prurit est parfois aussi le premier phénomène de certaines maladies nerveuses : « dermatonévroses indicatrices de Leloir ».

Récemment M. Crocker a décrit un « pruritus mentis » consistant en démangeaisons fort pénibles attribuées par les malades à un mal imaginaire. Il s'agit là en réalité d'une forme de monomanie.

b) *Prurit par action réflexe.* — Le prurit secondaire qui provient d'un trouble des viscères, ou de quelque irritant mécanique ou chimique, n'est pas rare : tel le prurit du carcinome gastro-intestinal, de la grossesse, des maladies de l'utérus, des vers intestinaux, de certains aliments : comme la farine d'avoine, le prurit de l'extrémité de la verge dans le calcul de la vessie ; le prurit du lobule du nez dans le cas d'ascarides du rectum. Il est probable que les « pruritus hiemalis ou æstivalis » doivent être rangés dans ce même groupe.

En effet, l'urticaire et le prurit, qui parfois proviennent du froid, s'étendent sous les parties couvertes, par conséquent au delà des points influencés directement.

D'autre part, des angionévroses symétriques qui les accompagnent souvent font penser à l'action réflexe plutôt que directe du froid.

2) *Prurit d'origine hématique.* — Un grand nombre de cas de prurit reconnaissent pour cause des substances toxiques produites dans l'organisme et versées dans le torrent circulatoire. Il en est ainsi dans le diabète,

l'albu
Le p
toma
3)
mag
4)
dans
5)
Le
du p
10
20
30
Ca
nent

— M
à
30
p

P
son
nerv
qui
les
ou
poil
leur

A
attr
le p
le p
le p
S

pru
dire
P
afin
Il f
cut
la
qu
dev

l'albuminurie, la jaunisse, et dans certaines fermentations intestinales. Le prurit ordi des enfants s'observe souvent dans le rachitisme où l'estomac est dilaté et les intestins fonctionnent mal.

3) Prurit dû aux aliments et aux médicaments (thé, café, alcool, fromage, mercure, belladone, opium, etc.).

4) Prurit par compression mécanique : « prurit chez les hémorroïdaires dans la grossesse ».

5) Prurit par sécrétions glandulaires anormales.

Le second groupe est facile à comprendre, il concerne les causes EXTERNES du prurit ainsi divisées :

1° Maladies locales de la peau ;

2° Parasites ;

3° Irritations physiques ou chimiques.

Ces diverses causes sont parfois réunies chez un même sujet et combinent leurs efforts pour déterminer le prurit.

LOUIS WICKHAM.

— M. C. CALL ANDERSON. Pathologie et traitement du prurit. Note lue à la Section de dermatologie de la « British medical Association », 30 juillet 1895. (*The Brit. Journ. of Derm.*, septembre 1895, p. 292.)

Parmi les éléments constituant l'appareil nerveux de la peau, ceux qui sont le plus en cause dans le prurit sont, pour l'auteur : 1° les terminaisons nerveuses libres de l'épiderme ; 2° les petits groupes de cellules nerveuses qui s'agencent en forme de coupe dans l'épiderme et correspondent avec les filaments nerveux situés dans les couches plus profondes de l'épiderme ou dans les couches les plus superficielles du derme ; enfin, 3° chaque poil, du fait des fibres nerveuses qui forment un véritable filet autour de leur gaine.

Au point de vue pathogénique, l'auteur distingue le prurit sénile qu'il attribue à la circulation d'un sang vicié, le prurit qui accompagne l'ictère, le prurit des sujets gouteux et celui qui provient de troubles viscéraux, le prurit des diabétiques, le prurit du froid (*pruritus meinalis*) et enfin le prurit en quelque sorte mental indépendant d'une cause physique.

Sans rejeter l'influence de l'irritation réflexe dans la production du prurit, l'auteur admet que la plupart des cas dépendent d'une irritation directe des terminaisons nerveuses de l'épiderme.

En ce qui concerne le traitement, il faut avant tout déceler la vraie cause afin de la combattre. Les autres moyens de traiter ne sont qu'empiriques. Il faut y avoir recours. Ce sont l'électricité, l'atropine en injections sous-cutanées, l'antipyrine, la phénacétine par doses croissantes ; enfin s'il y a la moindre débilité nerveuse, il faudra prescrire les toniques nervins tels que le phosphore, l'arsenic, la strychnine isolément ou combinés, et les deux derniers médicaments de préférence en injections sous-cutanées.

LOUIS WICKHAM.

Sclérodémie. — FRIEDHEIM. Beitrag zur Kenntniss der Sklerodermie.
(Communication faite à la Société de médecine de Leipzig,
février 1895, tirage à part de la *Munch. med. Wochensch.*)

Il s'agit d'une fille de 21 ans. Le début de la maladie remonte à huit ans. Depuis cette époque, sensation croissante de froid dans les deux mains avec diminution de la motilité. Parfois ulcérations et suppurations sur les doigts. Depuis deux ans, tension de la peau du visage et ensuite de la région cervicale. Sur la peau du visage, quelques taches rouges disséminées dont la coloration s'accroît avant l'apparition des époques. Tout le reste de la peau présente des altérations de nature sclérodermique : diminution de l'élasticité, sclérose de la peau, pigmentations. Sur les joues nombreuses hémorrhagies pétéchiales récentes à côté de taches hémorrhagiques anciennes. Sur les bras, quelques taches de même nature. Ulcère au niveau du coude droit et ulcère analogue sur un doigt. Sur la face dorsale des mains la peau est tendue, avec coloration livide et abaissement de la température. Cyanose sur les deux pieds, avec abaissement analogue de la température.

L'examen de la résistance du passage du courant électrique des parties malades de la peau a donné les résultats suivants :

Ce qu'il y a de plus remarquable c'est une résistance notablement plus élevée soit au courant galvanique, soit au courant faradique du côté droit du corps, ce qui est sans doute en rapport avec ce fait que la maladie était beaucoup plus développée de ce côté, mais aussi du côté gauche les chiffres obtenus sont plus élevés que ceux que l'on constate d'ordinaire chez les sujets sains, de telle sorte qu'on peut considérer comme certain qu'il y a parallèlement à l'intensité de la sclérodémie une intensité correspondante de la conductibilité électrique. Il est remarquable d'observer un abaissement de la résistance au point où la sclérodémie débute sur le membre inférieur comparé au point symétrique sain du membre inférieur droit.

En ce qui concerne le traitement, les observations de Kaposi et de Singer, qui dans une autopsie de sclérodémie avaient constaté la disparition d'un lobe de la thyroïde ainsi que l'absence presque complète de cette même glande dans le cas actuel, ont conduit l'auteur à prescrire des préparations de thyroïdine. Sous l'influence de ce traitement on note : augmentation de fréquence du pouls, névralgie dans la deuxième branche du trijumeau, insomnie, desquamation de la peau du visage. A un moment on cesse le traitement : le pouls diminue de fréquence, les douleurs de tête s'atténuent. Pas d'amélioration de la sclérodémie. Ce cas est surtout intéressant par la présence d'hémorrhagies cutanées. Ces hémorrhagies étaient surtout nombreuses dans les régions où la peau très tendue était en voie d'atrophie. Elles manquaient presque complètement aux mains et aux pieds. Elles sont rares dans cette affection.

Singer croit à une étroite parenté entre la maladie de Basedow et la sclérodémie, et cela en raison de l'anomalie de la thyroïde, des paresthésies qui dans les deux cas peuvent survenir aux doigts. Enfin il s'appuie

sur les cas de Leube, de Jeanselme et Kahler dans lesquels la sclérodémie et la maladie de Basedow se sont développées l'une à côté de l'autre.

A. DOYON.

— JEANSELME. Sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la sclérodémie. (*Mercredi médical*, 2 janvier 1895, p. 1.)

Femme de 58 ans, née à Strasbourg, où le goitre est fréquent; petite tumeur thyroïdienne, datant de l'âge de 20 ans; extension rapide du goitre il y a huit ans, à la suite d'une dysenterie; exophtalmie manifeste, quoique peu marquée; le pouls bat 90 à 96 fois par minute; tremblement à la suite des émotions; sclérodémie datant de deux ans, ayant débuté par des crises douloureuses d'asphyxie locale occupant les mains et les doigts, suivies de sclérodactylie; masque sclérodémique, lésions sclérodémiques des oreilles et du nez et début de lésions analogues sur le cou et le haut de la poitrine. Pigmentation de la peau sur la face dorsale des mains, le cou, le haut du tronc et le bas-ventre.

Jeanselme ne croit pas qu'il s'agisse d'une simple coïncidence fortuite des deux affections. Il émet l'hypothèse que la sclérodémie peut être sous la dépendance du goitre ophtalmique; il se base sur ce fait que la sclérodémie et le myxœdème sont très voisins l'un de l'autre au point de vue nosographique, qu'il n'y a pas de différences fondamentales entre eux: dans ces deux affections, on trouve des crises douloureuses d'asphyxie locale, des troubles de la sécrétion cutanée, la chute des poils, des troubles des fonctions intellectuelles et génitales; les lésions anatomiques de la peau sont même identiques, car outre l'excès de mucine dans la peau des myxœdémateux, lésion qui n'est d'ailleurs pas constante, on n'y trouve que la prolifération conjonctive interstitielle et la sclérose des gaines vasculaires, c'est-à-dire la lésion caractéristique de la sclérodémie.

GEORGES THIBIERGE.

Trichophytie. — C. PELLIZZARI. Del polimorfismo tricotifico ed in particolare di una forma clinica non descritta. (*Lo Sperimentale*, sezione clinica, 11 mai 1895, p. 266.)

Fillette de 14 ans, présentant, disséminés sur le corps, des nodules miliaires, peu ou pas suppurés, avec accumulation de débris épithéliaux, bordure jaunâtre autour du plus grand nombre d'entre eux, et rouge cyanotique autour de quelques-uns; ces lésions prédominent sur le tronc; sur la face, elles sont limitées au lobule du nez; elles sont rares aux membres dont elles n'occupent que le segment supérieur. Elles ressemblent très étroitement au lichen scrofulosorum.

En raison de l'état général de l'enfant qui est très robuste et ne présente aucune trace de tuberculose, Pellizzari rejette ce diagnostic; la guérison rapide par l'application d'une pommade à l'ichtyol le confirme dans cette opinion. Peu après, il reçoit dans son service la mère de l'enfant et une de ses sœurs atteintes de lésions trichophytiques de la peau glabre et une autre portant un placard de kerion Celsi, dont la nature fut confirmée par l'examen microscopique des squames et des poils follets.

GEORGES THIBIERGE.

— S. TOCH. Ueber Herpes tonsurans bei Neugeborenen. (*Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1895, t. XXXII, p. 365).

Le professeur Epstein, de Prague, dit avoir observé dans une série de cas de l'herpès tonsurant chez des enfants âgés de 2 et 3 semaines, et selon lui cette mycose ne serait pas rare dans ces conditions. Relativement à l'incubation on peut admettre que l'infection se fait peu après la naissance ou peut-être déjà pendant l'accouchement. Cependant à la clinique de Prague chez aucun des cas observés jusqu'à présent on n'a pu découvrir la source de l'infection et on a toujours trouvé la mère indemne de la maladie.

L'auteur rapporte ensuite le cas suivant : Il s'agit d'un enfant bien constitué, né le 26 février et amené le 10 mars suivant à l'hospice des enfants trouvés. Le quatorzième jour après la naissance, c'est-à-dire le 12 mars, la maladie commença sous forme d'une élévation de la peau au milieu du pli naso-labial, recouverte de petites papules et vésicules qui le jour suivant se réunirent pour constituer un bord circulaire entourant une portion de peau pâle et en desquamation. Les jours d'après cette plaque s'agrandit et d'autres plaques analogues se développèrent sur le visage et sur le cuir chevelu. Le 7 avril on prescrivit une pommade au précipité blanc et un emplâtre de savon salicylé qui amenèrent graduellement la guérison des efflorescence. On avait, le 28 mars, constaté sur des squames enlevées d'un point malade de la peau la nature mycosique de la maladie.

Des cultures pures de ce champignon inoculées à un enfant sain démontrèrent qu'il s'agissait bien dans ce cas, d'un herpès tonsurant.

A. DOYON.

Tuberculose cutanée. — CHARLES C. RANSOM et IDA VAN GIERSON.

Observations on an uncommon form of cutaneous tuberculosis.

Chez une jeune fillette de 9 ans apparaissent ensemble un ganglion axillaire et une lésion, petite, rouge, papuleuse, sur le bord correspondant du sternum.

Quelques jours plus tard, autour de la lésion initiale, de nouveaux éléments prennent naissance. Puis ceux-ci disparaissent, de nouveaux se forment avec une tendance à augmenter de nombre.

Trois mois après le début, quand le médecin l'examine, le centre de la lésion initiale était cicatriciel, d'une couleur pourprée, rappelant celle des lésions du lichen plan. Et tout autour de cette lésion, les macules en formation existaient toujours, à divers stades de développement.

Les plus récentes étaient papuleuses, couvertes d'une squame blanche assez adhérente. Peu avancée, cette papule était rouge au centre, brunâtre au pourtour. Enfin les plus vieux éléments prenaient une couleur jaunâtre, avec l'apparence de contenir un liquide jaune, mais sans la couleur sucre de pomme caractéristique des tubercules du lupus. Autour de ces lésions, quelques minimes cicatrices, traces des éléments disparus.

Absolument aucun symptôme subjectif.

Dans l'aisselle droite, un ganglion volumineux ferme au toucher et sans fluctuation.

Le traitement fut surtout expectatif. Les papules anciennes disparurent et de nouvelles se formèrent.

Enfin après un an tout disparut, ne laissant que de minimes cicatrices.

Actuellement l'enfant, quoique un peu pâle, paraît en fort bonne santé.

Plusieurs biopsies avaient pu être faites. Des fragments enlevés, les uns furent examinés au microscope, les autres furent inoculés.

Des trois cobayes en expérience, deux moururent avec toutes les lésions d'une tuberculose subaiguë. L'autre mourut sans lésion.

L'examen microscopique montra l'existence dans chaque lésion de nombreux follicules tuberculeux avec leurs cellules géantes, leur couronne de cellules épithélioïdes, etc.

R. SABOURAUD.

Maladie de Raynaud. — CRANSTON NASH. Two cases of Raynaud's disease. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, p. 297.)
R. S.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancres syphilitiques. — PETRINI (de Galatz). Chancres syphilitiques du prépuce sans adénopathie. (*Presse médicale roumaine*, 25 septembre 1895, p. 186.)

Chancres du volume d'un petit haricot, de couleur rouge foncé, à bords un peu épais, à fond érosif à peine sécrétant, à base indurée, remontant à six semaines, aucune trace d'adénopathie inguinale; pas de lésions de la peau ni des muqueuses; trois semaines plus tard, variole qui dure quinze à vingt jours, plaques muqueuses dans le pharynx et à la lèvre, adénopathie cervicale, toujours pas d'adénopathie inguinale.

GEORGES THIBIERGE.

Chancres syphilitiques multiples. — RESPIGHI. Triplo sifiloma iniziale estragenitale. (*Bollettino della Società med. pisana*, 1895, fasc. 2.)

Femme de 42 ans, présentant une éruption généralisée de syphilides secondaires. Pas de chancre au niveau de la cavité bucco-pharyngée. A la dernière phalange des deux pouces et de l'index gauche, amas croûteux brunâtre, opaque et informe, recouvrant une tache rouge livide, saillante, irrégulière, de consistance inégale, sans solution de continuité des téguments; tuméfaction des ganglions axillaires qui ont le volume d'une noisette. L'éruption cutanée remonte à vingt-cinq jours; la lésion de l'index droit s'était développée six semaines auparavant et celles des pouces 10 jours plus tôt. La malade, dont la main ne présente aucune manifestation syphilitique, avait lavé, 21 jours avant le début des lésions des pouces, les linges d'une de ses voisines qui venait d'accoucher d'un enfant mort peu après sa naissance et qui était elle-même atteinte de syphilis, ainsi que l'auteur a pu le constater.

GEORGES THIBIERGE.

Chancre des lèvres. — VAUTHEY. Vérole et adénites génienues.
(*Gazette des hôpitaux*, 16 mai 1895, p. 573.)

Dans les chancres syphilitiques des lèvres, on peut constater la tuméfaction des ganglions lymphatiques situés dans l'épaisseur de la lèvre, au voisinage de la commissure, ganglions inappréciables à l'état normal et que des états pathologiques divers rendent apparents. Deux observations à l'appui de cette assertion.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis du pancréas. — CESARIS-DAMEL. Di un adenoma acinoso del pancreas con pancreatite indurativa d'origine sifilitica. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, mars 1895, p. 199.)

A l'autopsie d'un homme mort de pyélo-néphrite d'origine vésicale, et qui présentait des lésions manifestement syphilitiques (athérome de la base du cerveau, athérome ulcéreux de la crosse de l'aorte et de la totalité de l'aorte, cicatrices caractéristiques de la face convexe du foie), le pancréas était réduit de volume, presque entièrement remplacé par du tissu adipeux ; le reliquat de l'appareil glandulaire était constitué par un amas compact de tissu conjonctif brillant, dans lequel l'examen microscopique montrait une néoformation de tissu conjonctif périvasculaire ; sur le bord inférieur du pancréas, tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, ayant au microscope une structure aréolaire (adénome) et analogue aux adénomes qui accompagnent certaines cirrhoses hépatiques.

L'auteur considère la lésion pancréatique comme d'origine syphilitique.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis du rein. — G. ÉTIENNE. Syphilis rénale précoce. (*Revue médicale de l'Est*, 15 juin 1895, p. 368.)

Obs. I. — Femme de 22 ans, en pleine éruption roséolique, céphalée nocturne, inappétence, asthénie, fièvre légère, notable quantité d'albumine dans l'urine ; celle-ci disparaît définitivement après le traitement mercuriel.

Obs. II. — Femme de 42 ans ; chancre il y a 6 mois ; femme très amaigrée et très débilitée, éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses ; bruit de galop net à la pointe du cœur ; l'urine renferme 8 grammes d'albumine par litre, de nombreux cylindres et globules rouges ; puis, brusquement, hémiplégie droite suivie de convulsion tonique et de coma et mort dix-sept jours plus tard, malgré le traitement mercuriel.

A l'autopsie, artérite cérébrale ; rein gauche très petit, pâle, gras, rein droit de volume normal et congestionné ; épaississement de la capsule de Bowman, d'un certain nombre de glomérules ; lésions épithéliales très accusées dans les tubes droits et contournés ; endartérite peu intense des artères rénales.

L'auteur pense que cette dernière lésion, de date ancienne, a favorisé la localisation de la syphilis sur le rein.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis du foie. — KÖNIGSTEIN. Ein Fall vonluetischer Spätform der Leber combinirt mit inveterirter Malarie. (*Wien. mediz. Presse*, 1895, p. 841.)

Il s'agit dans ce cas d'une forme tardive de la syphilis à laquelle s'est ajoutée la malaria dans les trois dernières années ; les deux maladies ont amené des altérations pathologiques du foie et de la rate dont le diagnostic différentiel est à peine possible.

Femme de 31 ans, pas d'antécédents héréditaires, santé parfaite jusqu'à l'âge de 21 ans, époque de son mariage. Elle aurait été alors infectée par son mari. Trois semaines après les premiers rapports, ulcération des organes génitaux, et au bout de quelques semaines, avortement. Deux ans plus tard, nouvel avortement à 7 mois ; l'enfant aurait présenté un pemphigus syphilitique. Il y a cinq ans environ, enfant venu à terme, encore vivant et bien portant. Il y a quelques années, la malade a eu un ictère de très courte durée, avec troubles digestifs ; en outre larges ulcérations sur le mollet droit. Cette femme aurait eu la fièvre intermittente, il y a trois ans ; accès à plusieurs reprises depuis cette époque ; douleur ponctive dans l'hypochondre gauche, perte des forces, malaria.

État actuel : femme affaiblie, amaigrie, peau flasque, sèche, d'une teinte terreuse ; cicatrices sur la joue et le mollet du côté droit, synéchie postérieure à la suite d'iritis spécifique, cicatrices sur le voile du palais. Le foie est dur, bosselé. La rate est très hypertrophiée, dure. Pas d'ictère ni d'ascite.

Il s'agit ici d'une affection syphilitique du foie. L'auteur expose ensuite les différentes formes de syphilis du foie, leurs symptômes, la nature de l'ictère.

La syphilis hépatique survient en général de 2 à 40 ans après l'infection, mais il est à remarquer que des gommès peuvent se produire dans le foie relativement de bonne heure et passer inaperçues.

La syphilis de la rate est moins connue que celle du foie. Les lésions morbides de la rate dues à la syphilis tardive doivent être analogues à celles du foie. Dans le cas actuel, on ne saurait affirmer avec certitude que la tumeur splénique soit due à une infection syphilitique ; on ne peut rejeter la possibilité d'une rate paludéenne en raison des commémoratifs de la malade. Toutefois, il est impossible de s'empêcher de songer à la syphilis quand on considère l'état du sang, la proportion des corpuscules blancs aux corpuscules rouges étant de 1 : 1000, ce qui indique une grande diminution des corpuscules blancs et en même temps une altération fonctionnelle dans le domaine de l'organe hématopoïétique. De plus, l'auteur n'a pas trouvé de pigment dans le sang.

On pourrait penser encore éventuellement à une amyloïdose de la rate, qui se développe d'ordinaire à la suite de maladies constitutionnelles chroniques, et spécialement dans la syphilis ; mais on ne trouve pas de point de repère, d'autant plus qu'elle s'accompagne d'ordinaire d'amyloïdose des reins. Mais l'examen de l'urine ne révèle qu'une cystite légère.

La malade est soumise à un traitement ioduré.

A. DOYON.

Ictère dans la syphilis récente. — I. NEUMANN. Zur Kenntniss und Ätiologie des Icterus bei recenter syphilis. (*Wien. mediz. Presse*, 1895, p. 1697.)

Il y a lieu de penser à une connexion entre l'ictère et la syphilis dans les conditions suivantes :

Quand l'apparition de l'ictère n'est précédée ni accompagnée de troubles gastriques, notamment quand l'ictère apparaît en même temps que l'exanthème.

Si en même temps que l'exanthème récidive il survient aussi une récidive de l'ictère.

Quand la sensibilité du foie, éventuellement sa tuméfaction coïncident avec l'apparition de l'exanthème.

Quand le traitement antisypilitique amène la disparition des accidents hépatiques.

Si en même temps que l'ictère il survient d'autres maladies sypilitiques des voies digestives.

Dans ces trois dernières années l'auteur a observé à sa clinique 14 cas de syphilis récente, 4 hommes et 9 femmes. Dans 8 cas l'ictère survint en même temps que l'exanthème ; dans 3 cas, il ne se développa qu'après l'éruption de l'exanthème, deux fois il le précéda. Dans un cas l'ictère récidiva deux fois en même temps que l'exanthème et dans un autre cas l'ictère fut précédé d'une néphrite qui disparut après neuf frictions.

Dans 10 cas il n'existait aucune espèce de trouble des voies digestives, une fois on constata des vomissements et de la fièvre, une fois l'hypertrophie du foie avec fièvre, chez un autre malade le foie était diminué de volume.

L'auteur donne ensuite un court résumé des observations des malades qu'il a observés à sa clinique. Le nombre des autopsies des cas récents est encore trop peu considérable pour qu'il soit possible d'établir quelles sont les lésions anatomiques qui existent dans ces cas. Quant à la question de savoir quel rapport existe entre l'ictère et la syphilis, elle est encore loin d'être résolue. De nombreuses théories ont été émises, Neumann les résume au début de son article. Selon lui ce ne sont pas les gros paquets de ganglions lymphatiques qui compriment le canal cholédoque, mais il y a bien plutôt une altération des parois des vaisseaux, hypothèse qui est très vraisemblable par analogie avec des affections d'autres organes.

A. DOYON.

Influence de l'origine de l'infection sur la marche de la syphilis. —

J. HALPERN. Ueber die Abhängigkeit des Verlaufes des Syphilis von der Infektionsquelle. *Archiv. f. Dermatologie u. (Syphilis 1894, t. XXVIII, p. 67.)*

La propriété caractéristique de la syphilis consistant en ce que ses manifestations, en s'éloignant de l'époque de l'infection, perdent leur caractère d'irritation inflammatoire et de généralité et tendent à devenir de

plus en plus chroniques et à se localiser, semble jouer un rôle important dans la transmission par voie héréditaire ainsi que par le contact.

Conformément à la loi de l'affaiblissement graduel spontané de l'hérédité syphilitique, les manifestations de la syphilis héréditaire sont, comme on le sait, d'autant moins accusées que la syphilis des parents est de date plus ancienne, et « le dernier né d'une mère ayant eu déjà plusieurs enfants syphilitiques peut présenter des symptômes syphilitiques si peu saillants qu'ils n'attirent même pas l'attention » (W. Boeck), ou, comme le dit Kassowitz, « il peut naître un enfant très faiblement affecté ». L'époque de l'infection des parents reculant encore, les enfants, d'après Zeissl, Fournier et d'autres auteurs, peuvent ne pas présenter d'accidents secondaires d'irritation inflammatoire, mais seulement des accidents tertiaires survenus plus tard. Zeissl admet une syphilis « congénitale » (avec accidents secondaires) et une syphilis « latente héréditaire » (ne se manifestant que plus tard par des accidents tertiaires). Bon nombre d'auteurs prétendent, il est vrai, que ces enfants atteints de syphilis tertiaire ont pu avoir pendant les premiers mois de la vie des lésions de la période secondaire, mais la marche inaperçue de la maladie montre bien que dans ces cas on a affaire à une syphilis d'un caractère inflammatoire irritatif moins accusé, caractère que la syphilis prend d'ordinaire dans une période tardive de sa marche.

Dans les cas de transmission héréditaire de la syphilis, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'infection, il y a tout d'abord atténuation du caractère d'irritation inflammatoire de la syphilis, sans pour cela exclure la possibilité de l'apparition d'accidents tertiaires de la période gommeuse. En dehors des cas de Zeissl, Fournier, etc., il faut encore tenir compte de ce que ces symptômes tertiaires de la période gommeuse surviennent souvent dès les premières années de l'enfance.

Cette relation entre le caractère de la syphilis transmise et celui de la syphilis de l'auteur de la contagion ne s'observe pas exclusivement dans la syphilis héréditaire.

Tous ces faits indiquent que la syphilis par contact, comme celle par voie d'hérédité, semble présenter cette particularité que la marche plus ou moins maligne ou bénigne de la syphilis serait en relation, parmi d'autres facteurs, avec le fait que l'auteur de l'affection était atteint d'une forme plus au moins inflammatoire irritative de la syphilis. Contre cette manière de voir il y a le cas de Landouzy, où une infection par une gomme a eu pour conséquence une syphilis secondaire bien développée, avec roséole, papules sur les parties génitales, etc., mais ce cas reste isolé en présence de la non-infection directe par les foyers gommeux, ainsi que le montrent les essais d'inoculation.

A. DOYON.

Syphilis héréditaire et croissance exagérée du squelette. — TH. FUCHS. Hereditäre Lues und Riesenwuchs. (*Wien. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 668.)

Parmi les manifestations de la syphilis constitutionnelle il faut attacher

une importance spéciale au point de vue du pronostic à la localisation de cette maladie sur le système osseux.

La forme du corps dépend en première ligne de celle du squelette, aussi les processus morbides qui atteignent le système osseux ont-ils une grande influence, surtout quand ils ont, comme les affections syphilitiques des os, un caractère particulièrement destructif. Grâce à cette tendance destructive, on voit se produire des lésions défigurantes, même très longtemps après que la maladie est guérie comme un dernier signe visible, tandis que d'autre part les difformités de ce genre peuvent constituer le premier signe d'une infection syphilitique antérieure, notamment quand elle s'est produite chez la génération précédente ou pendant la vie fœtale : dans la syphilis congénitale.

Dans cette forme de la maladie les lésions du système osseux sont celles qu'on rencontre le plus fréquemment et ce sont les mieux connues depuis les recherches de Wegner sur les altérations comprises sous le nom d'ostéochondrite syphilitique.

En dehors des processus destructifs plus ou moins étendus, on trouve des ostéoporoses, de l'usure, des caries, la destruction des épiphyses, etc., le tout aboutissant aux déformations les plus variées qui presque toujours ont un caractère atrophique. Des changements hypertrophiques : éburnation, formation d'ostéophytes, surviennent le plus souvent simplement comme réaction de processus de nécrose, par exemple autour des foyers d'ostéoporose ou de suppuration. Cela est vrai d'ordinaire, car il y a des cas dans lesquels des hypertrophies osseuses, circonscrites ou plus étendues, existent sans que dans le voisinage immédiat des régions hypertrophiées un processus syphilitique ait évolué, de telle sorte qu'il s'agit d'une action de virus disséminé dans tout le corps et s'exerçant à distance, action provoquant une réaction de certaines parties. On a affaire dans ces cas à des formes en opposition à celles plus locales, régionales, dont il a été question plus haut.

L'auteur a eu l'occasion d'observer le cas suivant à la clinique du professeur Lang. Il s'agit d'un homme de 26 ans. Ses parents sont encore vivants. La mère a eu 6 avortements et 8 accouchements. Le père a contracté la syphilis il y a 32 ans. Des 7 frères et sœurs du malade, il n'en reste plus que 3 en vie, un frère est mort à 1 an de la syphilis ; il y a 2 ans, une sœur de 16 ans atteinte d'épilepsie. Deux autres frères et sœurs du malade ont succombé peu après la naissance. Un frère né avant l'infection du père est, dit-on, sain et très robuste. Une sœur âgée de 30 ans était paralysée dans son enfance. Un frère de 23 ans a eu il y a 6 ans une ostéomyélite, kératite il y a plusieurs années.

Le malade a eu à l'âge de 6 ans des tuméfactions douloureuses des genoux, un an plus tard kératite double. Les années suivantes, tuméfaction et sensibilité des articulations des membres inférieurs.

A l'âge de 17 ans il constata que sa taille dépassait celle de ses camarades.

A 20 ans, dyspepsie.

Il y a cinq ans il se produisit pour la première fois de l'ozène et un écoulement purulent par le nez, à diverses reprises expulsion de fragments

osseux. A la même époque il remarqua pour la première fois une diminution de l'ouïe et des bruissements dans l'oreille, principalement à gauche. Dans l'automne de 1893 il devint subitement sourd pendant quelques jours. Depuis trois ans il souffre d'œdèmes récidivants.

En février 1894, tuméfaction de tout le membre inférieur gauche, avec coloration bleu violet.

En janvier 1895, œdèmes étendus pendant sept semaines qui disparurent peu à peu; le médecin diagnostiqua une maladie de Bright.

Etat actuel. — Le malade, de structure osseuse très solide et de musculature bien développée à 1 m. 88 et pèse 88 kilog. Les mesures exactes sont : de la tête de l'humérus à l'extrémité du médius, à droite 81, à gauche 78 centim.

Du grand trochanter au bord externe du pied, 101 centim.

Comme lésions épiphysaires : épaissement de la tête du radius du côté gauche.

Organes génitaux peu développés, certainement pas en rapport avec le développement du reste du corps.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont tuméfiés; il en est de même de quelques ganglions supra-claviculaires et occipitaux.

Léger œdème au niveau du sacrum ainsi que dans la région des malléoles internes.

Nez en lorgnette. La cloison nasale est en grande partie détruite; la peau de la cloison nasale ainsi que la partie avoisinante de la lèvre supérieure est rouge, tuméfiée, exulcérée, recouverte de croûtes minces.

A l'examen laryngoscopique et rhinoscopique postérieur : infiltrats et cicatrices sur la face postérieure du voile du palais, notamment autour de l'orifice des trompes.

Les cordes vocales sont rouges, épaissies.

Sur les arcs palatins ainsi que sur la paroi postérieure du pharynx, cicatrices en traînées.

Dents petites, cependant bien formées.

Rien d'anormal dans les organes internes; dans la région rénale du côté gauche le malade éprouve des douleurs après de grandes fatigues.

Albumine dans l'urine de 1 à 4 p. 100. Sous l'influence du traitement antisypilitique la proportion d'albumine descend successivement à 0,65 p. 100 et 0,5 p. 100. Cellules épithéliales et nombreux cylindres hyalins.

Traitement. — Iodure de potassium et décoction de salsepareille. Le malade part amélioré, trois mois après son entrée à l'hôpital.

Il s'agit ici d'un cas de syphilis héréditaire qui présente un très grand nombre des symptômes les plus différents plus ou moins caractéristiques de cette maladie.

Le plus atypique de ces symptômes est incontestablement le développement considérable de tout le corps, développement qu'il faut regarder comme la réaction de tout le système osseux sous l'influence de l'irritation provoquée par le virus syphilitique. Cependant on ne peut pas dire que cette réaction fût uniforme sur les extrémités inférieures. Cependant celles pour le côté gauche dépassent encore celles d'un homme de haute stature.

En ce qui concerne la lésion des reins, elle était évidemment de nature spécifique puisqu'elle a été influencée favorablement par le traitement antisypilitique.

Notons en terminant que le père du malade est atteint depuis de longues années d'une affection spécifique des reins.

A. DOYON.

Syphilis héréditaire. — KRISOWSKI. Ueber ein bisher wenig beachtetes Symptom der hereditären Lues. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 893.)

Il est très important de pouvoir établir le diagnostic syphilis, indépendamment de l'anamnèse; cela est surtout vrai pour la syphilis héréditaire. Ce travail a pour but de faciliter ce diagnostic.

Il s'agit d'un garçon de 17 ans qui vint consulter l'auteur pour un ulcère du visage. Ses parents et trois frères sont bien portants; deux frères et sœurs sont morts jeunes. Lui-même est l'aîné, et à l'âge de 6 semaines il eut une éruption sur le visage qui persista longtemps et guérit avec des cicatrices. Il n'a plus rien éprouvé jusqu'à l'âge de 14 ans où il eut de nouveau une éruption dans la bouche, qui donnait une mauvaise odeur, mais n'occasionnait ni douleurs ni malaises dans la déglutition. La guérison se fit en quelques semaines par des gargarismes, probablement de chlorate de potasse. Mais depuis lors, la respiration par le nez était impossible, en même temps perte de l'odorat; il y a quatre semaines, ulcère sur la joue droite. L'expression du visage est stupide; parler nasal d'un timbre spécial. Nez en lorgnette. Dans le pli naso-labial droit, ulcère circulaire, à bords tranchés, durs et fendillés, à fond lardacé. Tout autour de la bouche, environ vingt cicatrices linéaires, radiées, de 2 à 4 centim. de longueur, plus ou moins profondes, qui rayonnent du menton, des joues, de la lèvre supérieure vers l'orifice buccal et se continuent sur la muqueuse labiale. La peau autour de la bouche est comme plissée et rappelle beaucoup les plis d'une blague à tabac fermée par un cordon. Sur le palais, cordons cicatriciels. La luette, les amygdales et l'arc pharyngo-palatin manquent complètement, de sorte que le palais est réuni par du tissu de cicatrice à la paroi postérieure du pharynx. Pas de perforation. Epiglote très tuméfiée, cicatrice sur la ligne médiane. Les cartilages de Wrisberg et de Santorini paraissent manquer. En avant, sur la cloison nasale, perforation avec bords rayonnés.

Le diagnostic syphilis fut porté en raison de la forme circonscrite, de la profondeur de l'ulcère et de la grande infiltration de ses bords. Ces symptômes joints à l'absence totale de douleurs sont caractéristiques de la syphilis. Il fallait exclure le cancroïde et le lupus; le premier à cause de l'âge du malade (17 ans), le second en raison de l'absence de nodules sur les bords et l'existence de fissures.

En faveur du diagnostic syphilis, il y avait les résidus des processus antérieurs de destruction dans le nez et dans la cavité bucco-pharyngienne. Des destructions de ce genre, aussi étendues et aussi rapides, ne peuvent se produire que sur un terrain sypilitique. Seule la diphtérie est capable de déterminer, en un temps relativement court, des lésions aussi profondes

dans le nez, la cavité bucco-pharyngienne et le larynx, mais il faut aussi exclure la diphtérie pour les raisons suivantes : bon état général, affaïssissement de la selle osseuse du nez.

En faveur de la syphilis héréditaire, il y avait des cicatrices sur le palais, des adhérences de la voûte palatine à la paroi postérieure du pharynx, signes qui ne s'observent presque que dans cette forme de syphilis.

Autre argument en faveur de la syphilis héréditaire : l'existence de cicatrices radiées autour de la bouche. Les cicatrices linéaires radiées circumbuccales sont provoquées uniquement par la syphilis héréditaire et sont caractéristiques de cet état, elles le sont non seulement de la syphilis héréditaire, mais encore elles indiquent des manifestations précoces de cette maladie, car elles ne peuvent pas se produire sous certaine forme à la suite de processus gommeux. Bien entendu, leur absence ne prouve pas qu'on n'ait pas affaire à une syphilis héréditaire. A. Doyon.

Contagion dans la syphilis héréditaire. — A. MAMINOFF. Moment de l'apparition des manifestations de la syphilis héréditaire et moyens contre la contagion des nourrices. (*Société de médecins du Caucase, 1894.*)

Les variations d'aspect et la complexité des manifestations de la syphilis héréditaire empêchent souvent de reconnaître cette affection chez les nouveau-nés, surtout chez les enfants trouvés. Les cas de contamination des nourrices dans les hospices des Enfants-Assistés deviennent de plus en plus fréquents.

Au Caucase la syphilis est en général assez rare. — Sur 250 enfants il n'y avait dans les trois dernières années aucun cas de syphilis. Sur ceux qui sont entrés dans les six derniers mois, il y avait quatre syphilitiques. Deux d'entre eux semblaient parfaitement sains et on leur a donné des nourrices. A l'âge de trois mois, s'est montré chez un de ces enfants un érythème étendu du pénis et du scrotum, ne cédant pas au traitement non spécifique. Bientôt sont survenues des fissures à l'anus, aux commissures des lèvres, etc. Quand on a reconnu la syphilis et institué un traitement spécifique l'enfant s'est vite rétabli ; chez l'autre enfant se sont montrés l'écoulement purulent des oreilles, la roséole, le coryza, des fissures à l'anus. On l'a immédiatement mis au biberon. Les deux nourrices ne présentent pas jusqu'à présent de signes de syphilis.

Au IV^e Congrès des Médecins russes on a discuté les moyens d'éviter l'infection des nourrices. On a proposé d'élever au biberon tous les enfants assistés, mais on envoie beaucoup de ces enfants en province. On a aussi proposé de mettre chez les nourrices les enfants pertinemment bien portants. Mais jusqu'à un certain âge la syphilis héréditaire peut ne pas se manifester et l'enfant semble tout à fait sain. Aussi l'auteur propose-t-il de créer des crèches où jusqu'à trois mois tous les enfants assistés soient nourris soit au biberon sous l'inspection constante des médecins, soit, comme on le fait en France, par le lait d'ânesse directement de pis à bouche.

S. BROÏDO.

Étiologie du tertiariisme. — ED. EHLENS. La syphilis tertiaire, sa fréquence, ses échéances, ses localisations et sa dépendance de l'absence du traitement mercuriel; nouvelle statistique inédite de 1,501 cas. (*Nordiskt medicinskt Arkiv*, 1894, n° 16.)

Ehlers a récolé, pour faire suite aux statistiques de Haslund, Fournier, Vadja, Hjelmman et Neuman, les cas de syphilis observés à l'hôpital de Copenhague de 1864 à 1881. Il a pu étudier ainsi 1,501 cas de syphilis tertiaire et il résume ces faits dans les tableaux indiquant les localisations observées et les traitements antérieurs.

Il conclut de ces recherches que :

La syphilis tertiaire s'observe dans 12,4 à 22 p. 100 des cas d'infection syphilitique.

Les accidents tertiaires sont plus fréquents pendant les quatre premières années qui suivent l'infection; on en observe un tiers pendant cette période; au delà de la vingtième année, ils deviennent d'une rareté extrême.

Dans les statistiques des services de maladies vénériennes les localisations cutanées sont plus fréquentes que les localisations viscérales des accidents tertiaires; mais il y a là une apparence trompeuse due à la facilité avec laquelle on découvre ces lésions et à la répartition des malades dans les différents services. Les lésions du nez, de la langue, du palais, du larynx, du pharynx et de la trachée viennent ensuite, puis les lésions nerveuses; mais c'est à ces dernières qu'il faut donner la première place, si on considère le nombre considérable de neuropathies d'origine syphilitique (tabes, paralysie générale) qui sont observées par d'autres médecins que les syphiligraphes.

La véritable cause de la syphilis tertiaire est l'absence ou l'insuffisance du traitement. 43,64 p. 100 des malades n'avaient subi aucun traitement mercuriel; 40,38 p. 100 n'y avaient été soumis qu'une fois et 8,86 p. 100 seulement avaient été soignés plusieurs fois. GEORGES THIBIERGE.

Syphilophobie. — JEANSELME. Des méfaits de la syphilophobie. (*La médecine moderne*, 12 juin 1895, p. 373.)

Jeanselme rapporte l'histoire d'un malade qui, croyant avoir eu la syphilis vingt-six ans auparavant, s'était soumis au traitement mercuriel et de plus s'était, chaque jour depuis cette époque, cautérisé les lèvres, la langue et la gorge à la pierre infernale et se badigeonnait les fosses nasales et l'arrière-pharynx avec une solution de nitrate d'argent au vingtième. Ces pratiques avaient déterminé une gingivite avec chute de toutes les dents et une coloration argyrique des parties découvertes du tégument.

GEORGES THIBIERGE.

Mercur. — BARDESCU. Élimination du mercure dans les fumigations de cinabre par les voies urinaires. Bucharest, Basileescu 1894 (en roumain).

La phrase suivante résume ce travail : le mercure administré sous forme de fumigation de cinabre s'élimine immédiatement par l'urine et avec un

maximum dans les deux premières heures : on trouve dans chaque miction de 12 à 14 milligrammes. Dans les vingt-quatre heures chaque miction renferme en moyenne 4 milligrammes. La quantité totale de mercure qui s'élimine dans les vingt-quatre heures à la suite d'une fumigation de 20 grammes de cinabre est en moyenne de 65 milligrammes.

PAUL RAYMOND.

Dosage du mercure dans l'urine. — A. JOLLES. *Über eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecktilber im Harn* (Wien. mediz. Presse, 1895, p. 1617.)

L'auteur décrit une nouvelle méthode de dosage du mercure dans l'urine avec l'or à l'état granuleux. Il a fait un grand nombre de recherches en collaboration avec son assistant, M. Pollack. Si l'on décompose le sel de mercure contenu dans l'urine par le chlorure de zinc en chauffant et en agitant le liquide, le mercure précipité s'unit à l'état naissant à l'or qui se trouve au fond du vase. On décante le liquide et on lave l'amalgame. On ajoute ensuite quelques gouttes d'acide nitrique concentré chaud, qui dissout le mercure. On étend alors cette solution avec quelques gouttes d'eau distillée et on verse le tout dans un verre à réactif. La quantité de liquide est alors de 1 à 1 1/2 cm.c. On ajoute à peu près la même quantité d'une solution saturée de chlorure de zinc récemment préparée.

Cette méthode permet de reconnaître la présence de 0,0002 de mercure dans 100 c.c. d'urine.

Pour l'analyse quantitative il suffit de peser l'or amalgamé et ensuite l'or après en avoir séparé le mercure. L'opération entière dure 20 minutes au plus. C'est un procédé très simple et très sur.

L'auteur indique ensuite le mode de préparation de l'or granuleux et termine son mémoire par un tableau d'analyses justificatives. A. DOYON.

NOUVELLES

Société de Dermatologie à Budapest. — Le 5 janvier il a été fondé une *Société hongroise de dermatologie et d'urologie*. La première séance a eu lieu sous la présidence du professeur ERNST SCHWIMMER. La nouvelle société compte déjà 30 membres.

NOMINATIONS

M. le Dr GUSTAVE RIEHL, de Vienne, vient d'être nommé professeur extraordinaire de dermatologie et directeur de la nouvelle clinique des maladies de peau à Leipzig. Nous envoyons à notre distingué et sympathique confrère nos cordiales félicitations. E. B. A. D.

M. le Dr PAWLOW s'est fait recevoir privat docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Académie militaire de Saint-Petersbourg.

Prix de dermatologie du D^r Unna pour 1896.

« État des fibres épithéliales pendant le développement des nævi mous et des carcinomes alvéolaires ».

- 1° Le concours est illimité.
- 2° Le sujet est chaque année proposé aux environs de Pâques.
- 3° Le travail doit être livré le 1^{er} décembre de la même année.
- 4° Cette année le prix est de 900 marks (1,125 francs).
- 5° Le prix est délivré dans le courant du mois de janvier de l'année suivante.
- 6° Envoyer franco, à la librairie Leopold Voss à Hambourg, Hohe Bleichen, 34, le mémoire pourvu d'une devise et une lettre cachetée contenant le nom et l'adresse de l'auteur, avec la même devise.
- 7° Le mémoire doit être écrit en allemand ; les dessins sur des feuilles séparées.
- 8° Envoyer des préparations en très grand nombre, celles du mémoire couronné restent la propriété du D^r Unna.

Indications pour le sujet de cette année.

Le point important est une bonne coloration du protoplasma et des fibres de l'épithélium, de telle sorte que l'on puisse voir clairement les modifications particulières (métaplasie) des épithéliums qui sont caractérisées par leur séparation du stroma et leur prolifération dans le chorion (perte des fibres, modification de colorabilité).

Pour les méthodes de coloration du protoplasma épithélial v. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1894, t. XIX, p. 277, pour celles des fibres épithéliales, v. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1894, t. XIX, p. 1.

Du reste la plus grande latitude est laissée pour utiliser et trouver d'autres bonnes méthodes de coloration.

En ce qui concerne la métaplasie des épithéliums dans l'origine des nævi mous et des carcinomes alvéolaires, comparer dans le traité d'histopathologie de la peau d'Unna (Hirschwald, 1894) les chapitres sur les nævi et le carcinome. Les processus qui ne sont là qu'ébauchés doivent autant que possible être étudiés en détail et expliqués par de bonnes préparations. On peut aussi étudier l'influence du pigment sur la métaplasie en question.

Le Gérant : G. MASSON.

